

ADDICTIONS

Usage de drogues et VIH en Afrique de l'Ouest : un tabou et une épidémie négligée

15

Gilles Raguin, GIP Esther (Paris)
Annie Leprêtre, hôpital Bichat-Claude Bernard (Paris)
Idrissa Ba, hôpital psychiatrique de Thiaroye,
CHU de Dakar (Sénégal)
Abdalla Toufik, Observatoire français des drogues
et des toxicomanies
Sandra Perrot, GIP Esther (Paris)
Gilles Brucker, GIP Esther (Paris)
Pierre-Marie Girard, hôpital Saint-Antoine (Paris)

L'auteur a proposé une présentation sur ce thème à la 5^e Conférence francophone VIH/sida de Casablanca 2010

1 - Unodccp (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention), « World drug report 2009 », Available from www.unodc.org

2 - IHRA, « Global State of Harm Reduction 2008 : Regional Overview Sub-Saharan Africa », Available from www.ihra.net

3 - Mathers BM et al., « Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs : a systematic review », *Lancet*, 2008, 372, 9651, 1733-45

Dans presque tous les pays d'Afrique, le déni prime chez les politiques dont la réponse est essentiellement de type répressif

L'usage de drogues injectables est devenu une réalité dans 17 pays d'Afrique de l'Ouest. A titre d'exemple, une enquête menée au Sénégal confirme la diffusion de l'usage de la cocaïne/crack et de l'héroïne ainsi que le recours à l'injection dans plusieurs régions du pays. Cependant, confrontées à un déni général, les autorités de santé publique peinent à mettre en place des programmes de réduction des risques.

L'Afrique subsaharienne reste en 2009 la région du monde la plus affectée par l'épidémie d'infections à VIH. Malgré les efforts, l'épidémie est globalement stable et le nombre de nouvelles contaminations continue à excéder le nombre de personnes mises sous traitement antirétroviral. L'une des insuffisances des programmes de lutte contre le VIH concerne les groupes vulnérables, notamment les usagers de drogues. Pourtant, depuis plusieurs années, l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (Onudc) alerte sur le poids croissant du narcotrafic en Afrique et

sur ses graves conséquences sociales, politiques et sanitaires¹. La presse grand public s'en fait aussi l'écho, mais la mobilisation des acteurs politiques et sanitaires reste faible – voire inexistante – dans la plupart des pays africains. Le sujet, en Afrique, reste globalement tabou.

Et, en effet, si l'usage de drogues injectables est un vecteur connu et documenté de l'épidémie à VIH et de la transmission des hépatites sur tous les continents, notamment en Asie, en Europe centrale et, plus récemment, au Moyen Orient et en Afrique du Nord, il est peu documenté en Afrique subsaharienne, notamment en Afrique de l'Ouest. L'usage de drogues est pourtant largement présent dans certains pays d'Afrique, comme le Kenya, la Tanzanie, Zanzibar, le Nigeria ou l'Afrique du sud, depuis plusieurs années^{2,3}. Il est plus récent, beaucoup moins connu, voire occulté, en Afrique de l'Ouest.

Officiellement, selon l'Onudc, seuls trois pays africains ont déclaré la présence d'usage de drogues injectables (UDI) sur leur territoire : l'Afrique du Sud, le Kenya et l'Île Maurice, alors que les estimations globales varient entre 500 000 et 3 millions d'UDI, dont 26 000 à 570 000 seraient infectés par le VIH³.

L'Afrique est aujourd'hui une terre de transit privilégiée pour le trafic d'héroïne et de cocaïne. L'héroïne, originaire d'Asie, transite vers l'Europe et les Etats-Unis via l'Afrique de l'Est et l'Afrique centrale^{1,2}. La cocaïne transite par l'Afrique de l'Ouest. L'Onudc rapporte la saisie de 33 tonnes de cocaïne en 2005 et estime que 27 % de la cocaïne entrée en Europe en 2006 transitait par l'Afrique de l'Ouest. La cocaïne est acheminée vers l'Europe par voie maritime, aérienne et plus récemment terrestre via les réseaux précédemment dédiés au cannabis. Le transport intérieur est donc en développement facilitant l'introduction de ces nouvelles drogues dans les « corridors de transport » et l'émergence de marchés locaux. La consommation de cocaïne est ainsi documentée au Burkina Faso, au Ghana, au Nigeria, au Sénégal, en Sierra Leone, au Togo, en Guinée et en Côte d'Ivoire. Celle d'héroïne est documentée au Kenya, à l'Ile Maurice, au Mozambique, en Tanzanie et en Afrique du Sud.

▮ L'usage de drogues injectables est donc une réalité dans 27 pays de la région dont 17 pays d'Afrique de l'Ouest. Cependant, l'amplitude du phénomène et la nature des produits injectés demeurent peu étudiées. La transmission du VIH liée au partage du matériel d'injection n'est documentée que dans quelques pays (Afrique du Sud, Kenya, Nigeria, Tanzanie, Maurice)².

▮ Les études de prévalence sont encore rares. En Afrique du Sud, une étude récente, chez des travailleurs sexuels usant de drogues, a montré une prévalence du VIH de 34 %⁴. A Mombasa (Kenya), la prévalence du VIH chez les injecteurs est de 49,5 %. A Zanzibar, elle est de 26 % chez les injecteurs et de 4,1 % chez les non injecteurs. Sur l'Ile Maurice, en 2005, 90 % des nouvelles contaminations étaient dues à l'usage de drogues injectables, et 2 % des 15-64 ans consommaient des drogues injectables, essentiellement de l'héroïne. Parmi les 13 000 personnes infectées par le VIH, 80 % sont des usagers de drogues ou d'ex-usagers de drogues.

▮ En Afrique de l'Ouest, l'axe routier Abidjan-Lagos est un corridor où circulent chaque année 50 millions de personnes. Cette route traverse les capitales de cinq pays africains (Côte d'Ivoire, Ghana, Togo, Bénin et Nigeria) et concentre 65 % du commerce régional.

C'est aussi une route de la drogue et un axe où se concentrent un certain nombre de populations vulnérables vis-à-vis du VIH : camionneurs, prostituées, migrants. L'organisation du corridor Abidjan-Lagos (OCAL), mise en place en 2001, y a développé un programme régional de lutte contre le sida, avec un financement du fonds mondial. Ce programme de prévention et d'accès aux soins est ciblé sur 8 villes transfrontalières, où la prévalence du VIH a été démontrée plus élevée que les moyennes nationales des différents pays. En 2006, une enquête de pratiques a montré que 3,4 % des camionneurs étaient consommateurs de drogues et que 11 % des travailleuses du sexe consommaient des drogues non injectables et 7 % des drogues injectables⁵. Une autre étude, menée dans la même région, indiquait 15 % d'usagères de drogues injectables chez 643 travailleuses sexuelles.

Dans les prisons, où les conditions de vie sont extrêmement précaires, Onudc signale une augmentation rapide de l'usage de drogues, bien que les données soient limitées. La prévalence VIH y est supérieure à 10 % en Afrique du Sud, en Zambie, au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Gabon, au Malawi et au Rwanda⁶. La fréquence, les conditions et les pratiques d'usage de drogues ne sont pas documentées.

Au Sénégal, où nous avons pu récemment mener l'enquête ANRS12208, les principales drogues illicites consommées sont le cannabis, les « pions » (médicaments psychotropes détournés) et les inhalants, ces derniers étant essentiellement utilisés par les enfants et jeunes de la rue.

La situation particulière du pays et, notamment, de sa capitale quant au trafic d'héroïne et de cocaïne est signalée dès les années 1990 : « *Dakar peut être considéré comme la porte ouverte vers le monde occidental. Principale ouverture des pays sahéliens enclavés, cette capitale régionale jouit d'un statut quasi international, ce qui explique en grande partie sa forte implication dans les circuits internationaux de trafic de drogues : cocaïne et héroïne principalement.* »⁷

Seuls trois pays d'Afrique subsaharienne ont intégré dans leur programme national une composante spécifique consacrée aux usagers de drogues par voie intraveineuse et à la réduction des risques

4 - Parry C et al., « Rapid assesment of HIV risk behavior in drug using sex workers in three cities in South Africa », *AIDS and Behavior*, 2009, 13, 5, 849-59

5 - Koffi J, communication orale. International Conference on Aids and STI in Africa, 3-7 décembre 2008, Dakar, Sénégal

6 - Dolan K, « HIV in prison in low and middle income countries », *The Lancet Infectious Diseases*, 2007, 7, 32-41

7 - Facy F et al., « Enquêtes Epidémiologiques sur l'Usage de Drogues en Afrique (Bénin, Côte d'Ivoire, Madagascar, Sénégal) », *Psychopathologie Africaine*, 1995-1996, XXVII, 2-3, 177-202

Il est urgent de mettre en place des programmes de réduction des risques, d'une part, et des programmes de dépistage et de prise en charge d'autre part

Le contexte légal et social de l'usage de drogues étant de type répressif, les usagers passent sous silence la consommation de drogues lors des recours aux soins non spécifiques et les données chiffrées sur la consommation et ses conséquences sanitaires font défaut. Il n'existe d'ailleurs pas au Sénégal de structure spécialisée dans la prise en charge des usagers de drogues, qui n'ont comme seul recours que les services de psychiatrie dans lesquels ils se rendent peu.

L'usage de drogues par voie IV est, dans ces conditions, perçu comme marginal au Sénégal, raison pour laquelle, contrairement aux travailleuses du sexe et aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les usagers de drogues n'apparaissent pas comme un groupe vulnérable dans le plan stratégique VIH/sida national malgré la demande des psychiatres et des ONG en contact avec des usagers de drogues.

Notre enquête⁸ confirme la diffusion de l'usage de la cocaïne/crack et de l'héroïne ainsi que le recours à l'injection dans plusieurs régions du pays. Cette nouvelle population est peu visible dans le système de soins : tant dans les services des maladies infectieuses que dans les services de psychiatrie, il est exceptionnel qu'un usager de drogue par voie intraveineuse soit hospitalisé.

▮ Face à cette épidémie, dans presque tous les pays d'Afrique, le déni prime chez les politiques dont la réponse est essentiellement de type répressif. Du fait de la criminalisation de la toxicomanie, la stigmatisation vis-à-vis des usagers de drogues est forte. Il est donc difficile d'évaluer les pratiques et l'ampleur de l'épidémie car l'usage des drogues est clandestin.

▮ Les autorités de santé publique peinent à mettre en place des programmes de réduction des risques, dont l'efficacité est pourtant prouvée dans les pays du Nord. Seuls trois pays (Maurice, Tanzanie et Kenya) ont intégré dans leur programme national une composante spécifique consacrée aux usagers de drogues par voie intraveineuse et à la réduction des risques. L'île Maurice et l'Afrique du sud sont les deux seuls pays africains qui développent dans leur

plan national un programme d'échange de seringues et/ou un programme de substitution par la méthadone. Dans la plupart des autres pays africains, il n'existe pas de programmes de prise en charge.

Dans ce contexte, une dynamique régionale de prise de conscience et de réponse à l'augmentation du trafic et de la consommation de drogues semi-synthétiques en Afrique de l'Ouest se met en place, illustrée notamment par la tenue d'une réunion de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest les 28 et 29 octobre 2008 à Praia (Cap-Vert) autour du thème : « Le trafic de drogue, une menace à la sécurité de l'Afrique de l'Ouest », et par la tenue de réunions régionales organisées par l'Onudc en 2009.

Au plan sanitaire, un groupe expert de l'ONU concluait en 2008 à la nécessité d'aider les pays nouvellement concernés à se doter de méthodes de recherche de qualité permettant une estimation et une surveillance sentinelle de la prévalence du VIH chez les usagers de drogues². La prise en compte de cette composante de l'épidémie et la mise en place de stratégies d'intervention adaptées devient urgente.

▮ En termes de santé publique, le danger est grand de laisser se développer une nouvelle dynamique épidémique dans des pays déjà éprouvés. Il est urgent de mettre en place des programmes de réduction des risques, d'une part, et des programmes de dépistage et de prise en charge d'autre part. Des programmes de substitution par la méthadone ou la buprénorphine doivent faire partie intégrante de la prise en charge de patients. Le dépistage et la prise en charge des hépatites virales B et C doivent également faire partie du dispositif compte tenu de la forte prévalence de ces co-infections chez les usagers de drogues, qu'ils soient infectés par le VIH ou non. - Gilles Raguin, Annie Leprêtre, Idrissa Ba, Abdalla Toufik, Sandra Perrot, Gilles Brückner, Pierre-Marie Girard

8 - ANRS12208, données non publiées