

Usage de drogues et VIH en Afrique de l'Ouest

Raguin G¹, Leprêtre A², Ba Idrissa³, Toufik A⁴, Perrot S¹, Brücker G¹, Girard PM⁵

1. ESTHER, Paris, France.

2. Hôpital Bichat-Claude Bernard, APHP, Paris et CAARUD, Paris

3. Hôpital Psychiatrique de Thiaroye, CHU de Dakar, Sénégal

4. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, France

5. Hôpital Saint-Antoine, APHP, Paris, France

Med Trop 2010; **70** : 319-320

L'Afrique subsaharienne reste en 2009 la région du monde la plus affectée par l'épidémie d'infection à VIH. Malgré les efforts, l'épidémie reste globalement stable et le nombre de nouvelles contaminations excède assez largement le nombre de personnes mises sous traitement antirétroviral (1). L'une des insuffisances des programmes de lutte contre le VIH concerne la prévention, particulièrement auprès des groupes vulnérables tels que les prisonniers et les usagers de drogues. En effet, depuis quelques 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 sanitaires (2).

Cependant, si l'usage de drogues par voie intraveineuse est un vecteur connu 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. Officiellement, selon l'ONUDC, seuls trois pays africains ont déclaré la présence d'usage de drogue par voie intraveineuse (UDIV) sur leur territoire: l'Afrique du sud, le Kenya et l'Ile Maurice (2). 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 (3,4,5). Il est plus récent et moins connu en Afrique de l'Ouest. Les estimations globales varient entre 500 000 et 3 millions d'usagers de drogues par voie intraveineuse en Afrique, dont 26 000 à 570 000 seraient infectés par le VIH.

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 (2,3). 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 (2). 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 (2, 4). Celle d'héroïne est documentée au Kenya, à l'Ile Maurice, au Mozambique, en Tanzanie et en Afrique du Sud (3, 5).

L'usage de drogues par voie IV est une réalité croissante 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 étudiés. La transmission du VIH liée au partage du matériel d'injection n'est documentée que dans quelques pays africains (Afrique du Sud, Kenya, Nigeria, Tanzanie, Maurice) (3,5).

En termes de pratiques, l'usage de matériel d'injection non stérile et le partage des seringues sont fréquents en l'absence de programmes d'information et de réduction des risques. Les études de prévalence sont encore rares. En Afrique du Sud, une étude récente chez des travailleurs sexuels usagers de drogues a montré une prévalence du VIH de 34 % (6,7). A Mombasa (Kenya), la prévalence du VIH chez les injecteurs serait de 49,5% (4,8,9). A Zanzibar, elle serait de 26 % chez les injecteurs et de 4,1% chez les non injecteurs (10). A Dar Es Salam (Tanzanie), la prévalence serait de 58 % chez les femmes et de 28 % chez les hommes (10). Sur l'Ile Maurice, en 2005, 90 % des nouvelles contaminations étaient dues à l'usage de drogues par voie intraveineuse (11).

L'axe routier Abidjan Lagos est un corridor où circulent chaque année 50 millions de personnes. Cette route traverse 5 capitales africaines (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 des 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 injectables (12). Une autre étude, menée dans la même région, indiquait 15 % d'usagers de drogues intraveineuses chez 643 travailleuses sexuelles (13).

Dans les prisons, où les conditions de vie sont extrêmement précaires, UNODC signale une augmentation rapide de l'usage de drogues par voie intraveineuse, bien que les données soient limitées (2, 3). La prévalence du 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 Rwanda (14).

Au Sénégal, où nous avons récemment mené une enquête, 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 90 : « Dakar peut être considéré comme la porte ouverte vers le monde occidental. Principale ouverture des pays sahéliens encla-

• Correspondance : mireille.kohler@esther.fr

vés, 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» (15, 16).

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.

Une enquête récente (données non publiées) confirme la diffusion de l'usage de la cocaïne/crack et de l'héroïne ainsi que le recours à la voie intraveineuse 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 (17).

Face à ce phénomène, le déni prime chez les politiques dont la réponse face à la toxicomanie est essentiellement répressive. Du fait de la criminalisation de l'usage de drogues et des politiques répressives, 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 UDIV 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. Celle-ci relève habituellement des psychiatres qui ne sont généralement pas formés à cette problématique.

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 Economique 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'ONUUDC 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 drogues (3). 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 (méthadone, buprénorphine ou autres produits) 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 infections chez les usagers de drogues, qu'ils soient co-infectés par le VIH ou non.

Les gouvernements, les bailleurs internationaux, les agences de coopération multilatérales et bilatérales, les ONG doivent contribuer urgemment à la mise en place de politiques coordonnées et systématiques pour la prévention et la prise en charge de l'usage de drogues en Afrique en général et dans les grands centres urbains d'Afrique de l'ouest, en particulier. La mise en place de programmes d'échange de seringues et de traitements de substitution, qui ont fait leurs preuves dans les pays du Nord, est urgente. ■

RÉFÉRENCES

- UNAIDS/WHO report 2009 AIDS epidemic update. Available from www.unaids.org/.
- UNODCCP (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention). World drug report 2009. Available from www.unodc.org/.
- IHRA. Global State of Harm Reduction 2008: Regional Overview Sub-Saharan Africa. Available from www.ihra.net/.
- Aceijas C, Stimson GV, Hickman M, Rhodes T. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS* 2004; 18 : 2295-303.
- Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA *et al.* Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 2008; 372 : 1733-45.
- Parry C, Dewing S, Petersen P, Carney T, Needle R, Kroeger K *et al.* Rapid assesment of HIV risk behavior in drug using sex workers in three cities in South Africa. *AIDS and Behavior* 2009; 13 : 849-59.
- Parry C, Pithey AL. Risk Behaviour and HIV among Drug-using Populations in South Africa. *African Journal of Drug and Alcohol Studies* 2006; 5 : 139-56.
- Abdool R. Drug Use, Injecting Drug Use and HIV and AIDS in Africa. Presented at Regional Consultation on HIV among Injecting Drug Users and in Prison Settings in Eastern and Southern Africa. 2007. Mombasa, Kenya.
- Deveau C, Levine B, Beckerleg S. Heroin Use in Kenya and Findings from a Community Based Outreach programme to reduce the spread of HIV/AIDS. *African Journal of Drug and Alcohol Studies* 2006; 5 : 95-106.
- Dahoma JU, Salim AA, Abdool R, Othman AA, Makame H, Ali AS, *et al.* HIV and Substance Abuse : The Dual Epidemics challenging Zanzibar. *African Journal of Drug and Alcohol Studies* 2006; 5 : 130-39.
- Abdool R, Sulliman FT, Dhannoo MI. The injecting drug use and HIV/AIDS nexus in the republic of Mauritius. *African Journal of Drug and Alcohol Studies* 2006; 5 : 107-6.
- Koffi J. Expérience du projet Corridor. Communication orale. International Conference on Aids and STI in Africa, 3-7 décembre 2008, Dakar, Sénégal.
- Busari O, Oligbu G and HIV Study Group. Effect of a novel behavioral intervention to promote condom use among female sex workers along Lagos, Nigeria-Cotonou, Benin international border. 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, February 3-6, 2008, Boston.
- Dolan K. HIV in prison in low and middle income countries. *The Lancet Infectious Diseases* 2007; 7 : 32-41.
- Facy F, Gueye M, Ahyi Rg, Kalasa B. Enquêtes Epidémiologiques sur l'Usage de Drogues en Afrique (Bénin, Côte d'Ivoire, Madagascar, Sénégal). *Psychopathologie Africaine* 1995-1996. XXVII (2-3) : 177-2.
- Conseil National de Lutte contre le SIDA (République du Sénégal), Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/SIDA. 2006-2007.
- Gueye M. Analyse des Informations besoins et ressources en réduction de la demande (INRA). ONUUDC ed, Dakar, Sénégal, 2004, pp 15.