

Document d'information de l'IDPC

La prévention du VIH parmi les usagers de drogues en Afrique de l'Est

Maria Phelan¹, Marie Nougier² & Jamie Bridge³

Septembre 2013

Introduction

Il existe aujourd'hui un marché des drogues bien développé en Afrique subsaharienne⁴ qui, comme dans d'autres régions du monde, est étroitement lié à la criminalité, une corruption croissante, mais aussi avec la consommation et la dépendance à la drogue et les problèmes de santé publique qui y sont liés.⁵ Il est encore plus alarmant de constater que la consommation de drogues injectables a également un lien étroit avec l'émergence des épidémies de sida et d'hépatite⁶ dans cette région qui porte déjà le fardeau le plus lourd de l'épidémie mondiale du sida (l'Afrique subsaharienne représentant environ deux tiers des personnes séropositives dans le monde).⁷

L'attention de la communauté internationale s'est surtout concentrée sur la hausse du trafic de drogues et de l'offre de drogues en Afrique de l'Ouest, alors qu'une attention moindre a été portée sur la consommation de drogues et les dommages associés à celle-ci dans les autres régions du continent africain, en particulier dans les pays d'Afrique de l'Est. De nombreux gouvernements subsahariens ont développé des stratégies nationales visant à contenir les marchés des drogues. Cependant, ces stratégies sont loin de constituer une approche équilibrée pour le contrôle des drogues qui pourrait répondre de manière efficace aux problématiques de l'offre et de la demande en drogues et aux dommages associés à ces substances, tout en respectant les normes internationales en matière de droits humains. Les expériences, les débats et les preuves scientifiques relatives à la réduction des risques disponibles dans d'autres parties du monde sont des sources très

utiles pour façonner les réponses gouvernementales face à la drogue et au sida en Afrique.

Jusqu'ici, la plupart des gouvernements de la région ont concentré leurs politiques et programmes en matière de drogues sur la pénalisation de la possession et de la consommation de drogue. Les preuves disponibles dans le monde entier montrent que de telles stratégies n'ont pas seulement échoué à réduire la prévalence de la consommation de drogue,⁸ mais ont aussi causé un grand nombre de conséquences négatives. En effet, ces efforts ont contribué au développement d'un gigantesque marché noir, un haut niveau de corruption, une augmentation de la violence et de la stigmatisation des usagers de drogues et l'aggravation des problèmes de santé associés à la consommation de drogue, tels que le sida.⁹

Les taux élevés de VIH dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne sont principalement causés par la transmission hétérosexuelle. Cependant, l'injection de drogues joue un rôle de plus en plus important dans certains pays tels que le Kenya, la Tanzanie, l'île Maurice, le Mozambique et l'Afrique du Sud, particulièrement chez les jeunes.¹⁰ Pourtant, bon nombre de preuves montrent que la transmission du sida chez les jeunes usagers de drogues peut être évitée avec la mise en place d'une série de mesures préventives vis-à-vis du sida.¹¹ A ce jour, seuls la Tanzanie et le Kenya en Afrique de l'Est, l'île Maurice dans l'Océan Indien, le Sénégal en Afrique de l'ouest et l'Afrique du sud ont commencé à offrir des services de

réduction des risques à l'attention des usagers de drogues, bien que dans la plupart des cas ces interventions restent limitées.¹² De plus, la quantité de services disponibles dans la région reste incroyablement faible : il a été estimé que moins d'1% des usagers de drogues injectables en Afrique subsaharienne ont accès aux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES) et/ou à un traitement de substitution aux opiacés (TSO).¹³ Par ailleurs, moins d'1% des usagers de drogues injectables éligibles reçoivent un traitement antirétroviral.¹⁴

Ce document d'information résume les documentations existantes, ainsi qu'une étude de terrain menée en 2012 par Harm Reduction International (HRI) et le Consortium International sur les Politiques des Drogues (IDPC, sigle en Anglais).¹⁵ L'objectif de ce document est de mettre en lumière l'état actuel des politiques des drogues et des services de réduction des risques dans quatre pays d'Afrique de l'Est : le Kenya, l'Éthiopie, l'Ouganda et la Tanzanie.¹⁶ Ce document analyse par ailleurs les barrières et les opportunités pour développer les services de réduction des risques dans ces pays et offre des recommandations pour en améliorer l'accès.

Encadré 1. Le Plan d'action de l'Union africaine sur la lutte contre la drogue (2013-2017)

En Octobre 2012, l'Union africaine (UA, l'institution continentale représentant 54 États africains), a tenu sa 5^{ème} Conférence des ministres sur la lutte contre la drogue à Addis-Abeba.¹⁷ Lors de cette réunion, les États membres de l'UA ont adopté un nouveau Plan d'action sur la lutte contre la drogue pour la période 2013-2017.

Les précédentes stratégies de l'UA s'étaient centrées presque exclusivement sur la réduction de l'offre en drogues, c'est à dire une politique des drogues punitive avec une approche basée sur le maintien de l'ordre. Ce nouveau plan d'action représente donc un tournant significatif pour le continent, mettant en place pour la première fois une approche équilibrée qui comprend la réduction de l'offre et de la demande en drogues mais aussi des mesures de réduction des risques. Bien que l'expression « réduction des risques » n'apparaisse pas dans le Plan d'Action à cause des conflits politiques qui nous sont aujourd'hui familiers, une référence très claire y est faite sur le besoin de « services de prévention de l'abus de drogues et de dépendance, de traitement et de suivi des consommateurs de drogue qui soient complets, accessibles, fondés sur des données factuelles, axés sur les normes d'éthique et les droits de l'homme ».¹⁸ De plus, la « Matrice de mise en œuvre » du Plan d'Action appelle les États membres à développer « Un ensemble complet de prévention, de traitement et de soins chez les utilisateurs de drogues injectables et non injectables ».¹⁹

Le Plan d'action 2013-2017 se centre sur quatre domaines prioritaires : gestion et supervision; services sociaux et sanitaires basés sur les preuves disponibles pour les usagers de drogues; lutte contre le trafic de drogues et les défis liés à la sécurité humaine ; renforcement des capacités en matière de recherche. Bien que cet instrument ne soit pas juridiquement obligatoire pour les États membres, il requiert que ces derniers réalisent des études de référence sur la consommation de drogues, développent des campagnes de plaidoyer et mettent en place des alternatives à l'incarcération. Lors de la Conférence des ministres, la délégation tanzanienne a présenté ses programmes de réduction des risques, un exemple de bonne pratique dans la région, offrant des détails sur ses PES et programmes de TSO. Cette présentation a eu un réel impact sur les documents finaux. Lors de cette même réunion, les États membres de l'UA ont aussi adopté une série de « Normes minimales de qualité proposées au niveau continental pour le traitement de la toxicomanie » ainsi qu'une « Position africaine commune sur l'accès aux médicaments antidouleur ». Ces documents officiels constituent une plateforme de plaidoyer très utile pour promouvoir la réduction des risques et une révision des politiques des drogues et représentent un développement positif dans la région.²⁰

Le Kenya

Tendances dans la consommation de drogue

La consommation de cannabis (*bhang*) et de khat (aussi appelé *Miraa*, une substance légale au Kenya) est très répandue à travers le pays. La consommation d'héroïne et de cocaïne y a été également signalée depuis les années 1980.²¹ L'injection d'héroïne a augmenté depuis la fin des années 1990 en réponse à une modification des tendances dans le trafic de drogue, avec une disponibilité croissante de poudre blanche d'héroïne dans le pays (sous forme de « sel », qui se dissout facilement dans l'eau et est donc plus facile à injecter), remplaçant l'héroïne « marron » qui était auparavant plus facilement disponible.²² L'injection d'héroïne s'est propagée des zones côtières de Mombasa, Malindi et Lamu au reste du pays, particulièrement la capitale Nairobi.²³ Ces dernières années, des efforts ont été réalisés afin de répondre au manque d'études sur l'usage de drogues injectables, avec le développement de projets de surveillance bio-comportementale à Nairobi et à Mombasa. Selon un rapport de consultation produit en 2013 par le Programme National Kenyan de Lutte contre le VIH et les MST (NASCOP), et sur la base de plusieurs estimations démographiques (menées entre 2005 et 2013), il y a actuellement 18 327 usagers de drogues injectables au Kenya.²⁴

Le VIH parmi les usagers de drogues

En 2008, un exercice de modélisation a estimé que 1.5 millions d'adultes vivaient avec le VIH au Kenya, et que 3.8% d'entre eux étaient des usagers de drogues injectables.²⁵ La prévalence du VIH parmi les usagers de drogues injectables a été estimée à 18.3%.²⁶ Une étude menée parmi 336 usagers de drogues à Nairobi a conclu que 44.9% d'entre eux avaient injecté de la drogue au moins une fois dans leur vie. Parmi les 101 usagers de drogues injectables interrogés dans le cadre de cette, plus de la moitié étaient séropositifs (comparé avec une prévalence de 13.5% parmi les autres consommateurs d'héroïne).²⁷

Lois nationales, politiques des drogues et VIH

L'action nationale en matière de VIH au Kenya est coordonnée par le Conseil National de Lutte contre

le SIDA (NACC). Quant à elle, l'Autorité Nationale pour la Prévention de l'Abus d'Alcool et de Drogues (NACADA) est responsable de la lutte contre la drogue. Jusqu'à récemment, les interventions de prévention du VIH et de lutte contre la drogue ont été menées indépendamment l'une de l'autre, plutôt que dans le cadre d'une stratégie coordonnée. Le gouvernement kenyan œuvre à présent pour mieux harmoniser ses lois et politiques et s'assurer que les mesures de lutte contre la drogue n'entravent pas aux mesures de prévention du VIH parmi les usagers de drogues.

Bien que le dernier Plan Stratégique National du Kenya sur le Sida (KNASP III) exige le développement d'interventions de lutte contre le VIH parmi les usagers de drogues injectables (incluant notamment des PES le TSO), l'environnement politique général envers les usagers de drogues reste très sévère. La consommation et possession de drogues au Kenya, par exemple, continuent d'être pénalisées. Les lois nationales sur les drogues pénalisent aussi la possession de « pipe ou tout autre ustensile de consommation associé au fait de fumer, d'inhaler ou de sniffer ou à tout autre mode de consommation d'opium, de cannabis, d'héroïne, de cocaïne ou de tout autre outil utilisé pour préparer de l'opium ou toute autre drogue ». Cette infraction est sujette à une sentence allant jusqu'à dix ans de prison et/ou une amende de 250,000 Shillings Kenyans (2 850 dollars américains).²⁸ Une étude parmi les usagers de drogues injectables a conclu qu'environ un tiers d'entre eux avaient été arrêtés par la police ou avaient eu leur équipement d'injection confisqué pendant ces 6 derniers mois.²⁹

Néanmoins, des progrès significatifs ont été réalisés en 2012 afin de développer des « procédures standard de fonctionnement » pour les PES et les programmes de TSO au Kenya. Bien que ces documents comportent encore de nombreux problèmes (ils incluent par exemple un certain nombre de détails inutiles, imposant même le nombre de salles devant être disponibles dans les bâtiments offrant un TSO), ils représentent néanmoins une avancée importante en matière de réduction des risques dans le pays. Le TSO a été inclus dans le Protocole relatif au traitement de la

Encadré 2. Estimation de la consommation de drogue et de l'offre de drogue en Afrique subsaharienne

Notre compréhension de la consommation de drogues et de des problèmes qui y sont liés dans certaines zones de la région est entravée par un manque important de recherches sur le sujet. Ceci est particulièrement le cas en Afrique centrale et de l'ouest, où les estimations concernant le nombre d'usagers de drogues injectables sont extrêmement limitées. Alors que ces données limitées ne doivent pas retarder les efforts de mise en œuvre d'interventions de réduction des risques pour les usagers de drogues injectables, ces données sont cependant nécessaires pour adopter des réponses nationales adéquates et évaluer les besoins et les ressources nécessaires.³⁰

dépendance à la drogue développé par le Ministre des Affaires Médicales actuellement en cours de ratification par le Parlement). Le gouvernement kenyan est également en train de développer une nouvelle politique autonome se focalisant sur les groupes vulnérables, y compris les usagers de drogues.

En 2010, le Kenya a adopté une nouvelle constitution qui inclut une déclaration des droits de l'homme. Son article 43.1 énonce que « toute personne a le droit de bénéficier du meilleur niveau de soin possible, y compris le droit à des services médicaux, ce qui inclut les services de santé reproductive ».³¹ Cette disposition est un outil de plaidoyer très important pour défendre les droits des usagers de drogues et pose potentiellement des défis légaux vis-à-vis de certaines politiques existantes qui empêchent la fourniture de services médicaux dans le pays (comme la pénalisation de la consommation de drogue ou de la possession d'équipement d'injection par exemple).

Services de prévention du VIH pour les usagers de drogues

Un certain nombre de donateurs internationaux et d'ONG ont travaillé au Kenya pour promouvoir et offrir des services de réduction des risques et pour créer un environnement favorable à leur mise en œuvre. Ce type de financement et/ou de soutien proviennent actuellement des organisations suivantes :

- Le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, via une subvention pour le VIH (Série 10) gérée par la croix rouge Kenyane.³² Néanmoins, la mise en œuvre prévue des PES via cette subvention a été retardée et la subvention

est actuellement en cours de renégociation.

- Médecins du Monde (MdM) met en œuvre un projet complet de réduction des risques à Nairobi pour permettre aux usagers de drogues de faire valoir leurs droits. MdM gère un travail de proximité offrant un vaste éventail d'interventions de réduction des risques (comme la distribution d'aiguilles propres, de préservatifs, la TSO, des services de traitement et de soins, de prévention des overdoses, de dépistage du VIH, de la tuberculose et de l'hépatite, etc.).
- Le gouvernement hollandais soutient deux programmes : le projet « Comblant les lacunes » (*Bridging the gap*) mené par l'ONG hollandaise Mainline,³³ et le projet « Action communautaire pour la réduction des risques » (CAHR, sigle en Anglais) géré par l'Alliance internationale sur le VIH/SIDA (voir l'encadré 3).
- L'Agence Française de Développement.
- L'Open Society Foundations.
- L'Agence Allemande d'Aide Internationale.
- Le Plan d'urgence humanitaire du Président américain pour le SIDA (PEPFAR) envisage de potentiellement commencer à déployer des services locaux de TSO à travers le Kenya.
- Le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC, à travers son bureau régional pour l'Afrique de l'Est situé à Nairobi) ont travaillé avec le gouvernement kenyan

pour développer les capacités du pays, offrir des formations sur la réduction des risques et développer les procédures standards de fonctionnement sur les PES et le TSO.

Les PES ont commencé à fonctionner à la fin de l'année 2012 par l'intermédiaire de certaines ONG à base communautaire participant au projet CAHR. Leur lancement a été beaucoup retardé par la forte résistance de groupes culturels et religieux suite à une couverture médiatique importante sur les interventions proposées. Ironiquement, cette couverture médiatique découlait d'un événement informel organisé pour les médias afin de sensibiliser les journalistes et répondre à leurs questions et inquiétudes vis-à-vis des PES. Aujourd'hui néanmoins, bien que les programmes existants représentent une avancée importante, ces derniers sont très loin d'atteindre une couverture géographique suffisante et reçoivent beaucoup trop peu de ressources. En conséquence, les pratiques de partage d'aiguilles et de seringues vont très probablement continuer jusqu'à ce que ces programmes soient capables de satisfaire la demande.³⁴ A ce jour, les programmes de TSO sont uniquement disponibles pour un petit nombre de personnes dans des cliniques privées et à un coût très élevé.

Les établissements publics offrant un traitement contre la dépendance à la drogue sont principalement basés sur l'abstinence. L'Hôpital Mathare à Nairobi et l'Hôpital Général Côtier de Mombasa sont les deux principaux hôpitaux spécialisés dans le domaine de la santé mentale qui

offrent des programmes de traitement pour les usagers de drogues, via des centres de réhabilitation au sein ou hors du milieu hospitalier. Un certain nombre de centres de réhabilitation privés et communautaires ont également été créés, principalement à Nairobi et Mombasa. Néanmoins, ces équipements manquent de ressources financières et beaucoup ne fonctionnent pas selon les standards internationaux. Concernant l'accès au traitement et aux soins pour le VIH, en 2008 seuls 38 usagers de drogues injectables recevaient un traitement antirétroviral au Kenya.³⁵

Comme dans de nombreux autres pays, les usagers de drogues au Kenya ont rapporté que la peur d'être arrêtés et leur stigmatisation sont des obstacles majeurs à l'accès aux services gouvernementaux – soit parce que les usagers sont réticents à prendre contact avec ces services et admettre leur consommation de drogue, soit parce qu'ils se voient refuser les soins quand ils sollicitent de l'aide dans des services de médecine généraliste.³⁶ Les ONG à base communautaire ont donc un rôle important à jouer pour atteindre ces personnes. Les groupes comme KANCO, NOSET Maisha, Reach Out, le projet Omari, Teenswatch, et Soutien pour la Prévention de l'Addiction et le Traitement en Afrique (SAPTA) ont tous commencé à offrir des services de réduction des risques et des programmes de formation à Nairobi et/ou sur la région côtière. Le Réseau Kenyan des Usagers de Drogues (voir l'encadré 4) et le Réseau Kenyan de Réduction des Risques sont aussi des voix importantes dans la promotion des services de réduction des risques et des droits humains des usagers de drogues.

Encadré 3. Le projet « Action communautaire pour la réduction des risques » (CAHR) au Kenya

CAHR est un projet ambitieux qui a pour objectif d'étendre les services de réduction des risques à plus de 180 000 usagers de drogues, leurs partenaires et leurs enfants en Chine, en Indonésie, en Inde, au Kenya et en Malaisie.³⁷ Le projet est géré par l'Alliance Internationale sur le VIH/SIDA, et est mis en œuvre par un consortium d'organisations partenaires dont le Consortium Kenyan des Associations travaillant sur le SIDA (KANCO). L'expertise technique et les activités de plaidoyer mondial sont gérées par IDPC, HRI et le Réseau International des Usagers de Drogue (INPUD), entre autres.

Au Kenya, KANCO met en œuvre le projet CAHR en concentrant son travail sur la ville de Nairobi et la côte, où les taux de prévalence du VIH sont les plus élevés parmi les usagers de drogues injectables. Le projet a pour but de développer et d'offrir des PES et un TSO dans ces deux régions. Le projet vise aussi à créer un environnement politique favorable pour l'intensification des programmes de réduction des risques.³⁸

Encadré 4. Les réseaux d'usagers de drogues au Kenya et en Tanzanie

Avec l'aide et les conseils du Réseau International des Usagers de Drogues (INPUD), le Réseau Kenyan des Usagers de Drogues (KeNPUD) et le Réseau Tanzanien des Usagers de Drogues (TaNPUD) ont tous deux été créés pour promouvoir la participation des usagers de drogues dans les discussions relatives aux politiques des drogues et la conception et mise en œuvre des services de réduction des risques. Cette démarche répond au principe « rien sur nous, sans nous ». Selon John Kimani, le président de KeNPUD: « les usagers de drogues ne devraient pas être considérés comme un problème... mais comme la pierre angulaire de la solution ». ³⁹

Ces deux organisations ont été capables de tirer énergie et expérience l'une de l'autre alors que chacune cherche à construire des plateformes représentatives d'échanges directs avec les responsables politiques au niveau national, régional et international. Par exemple, les représentants de KeNPUD ont assisté à la 5^{ème} Conférence des ministres de l'Union Africaine sur la lutte contre les drogues à Addis-Abeba en Octobre 2012 pour représenter la voix des usagers de drogues. Un projet de première conférence pour les usagers de drogues militants d'Afrique de l'Est est en cours de préparation pour fin 2013.

L'Éthiopie

Tendances dans la consommation de drogue

Les données sur la consommation de drogue en Éthiopie sont très limitées. Selon certaines sources, le khat serait largement consommé à travers le pays. Le khat a aussi une place importante dans la culture et les traditions éthiopiennes. Cette substance, qui est légale dans le pays, joue par ailleurs un rôle essentiel dans l'économie nationale. ⁴⁰

En 2008, la prévalence annuelle de la consommation de cannabis était estimée à 2.6% chez les personnes de 15 à 64 ans, avec 0.3% consommant des amphétamines et 0.05% consommant des opiacés. ⁴¹ Néanmoins, compte tenu du fait que l'Éthiopie est située sur les voies principales de trafic de drogue à destination de l'Europe, il est très probable que la consommation de ces substances ait augmenté depuis lors et qu'elles continuent d'augmenter dans le futur. ⁴²

L'ONUDC a signalé que la dépendance à la drogue touchait principalement les groupes socialement et économiquement marginalisés dans le pays. A titre d'exemple, 50% des 553 personnes arrêtées pour consommation de drogue en Éthiopie entre 1993 et 1997 étaient sans emploi. ⁴³ Une très haute prévalence de consommation de drogue a

également été rapportée parmi les travailleurs du sexe. ⁴⁴ Peu d'informations sont disponibles sur la prévalence de consommation de drogues injectables dans le pays.

Le VIH parmi les usagers de drogues

L'Éthiopie a une épidémie généralisée de VIH affectant plus de 1% de sa population, soit environ 1.1 millions de personnes, avec de fortes variations régionales. ⁴⁵ Jusqu'ici, seules quelques études très limitées ont été réalisées sur la transmission du VIH par injection de drogue dans le pays, malgré le fait que le trafic de drogue passant par l'Éthiopie puisse avoir des implications importantes sur la consommation de drogue et l'épidémie de VIH. ⁴⁶ Plusieurs études ont par ailleurs montré un lien entre consommation de khat et transmission sexuelle du VIH, bien que davantage de recherches doivent être réalisées pour mieux comprendre ce lien. ⁴⁷

Lois nationales, politiques des drogues et VIH

L'Éthiopie a adopté une politique des drogues répressive et met en œuvre des mesures très punitives envers les trafiquants et les usagers de drogues. Selon la loi, la consommation et la possession de drogue, même en petite quantité, constituent une infraction pénale – et la gravité de

l'infraction est la même que ce soit pour possession ou pour trafic de drogue. L'article 525 du Code pénal éthiopien révisé (publié en 2004) stipule que « toute personne qui cultive, achète, reçoit, produit, possède, vend ou distribue [des drogues], que ce soit pour usage personnel ou pour l'usage d'un tiers; ou qui consomme ou fait consommer à quelqu'un une de ces substances sans prescription médicale ou de toute autre manière illégale, est passible d'une peine systématique d'emprisonnement d'une durée de 7 ans maximum, et d'une amende ne dépassant pas cinquante mille Birr » (environ 4,800 dollars américains).⁴⁸ La possession de matériel d'injection comme des seringues ou des aiguilles est également une infraction.⁴⁹

Le Plan National Directeur de Lutte contre les Drogues (2009-2014) est un programme national complet de lutte contre les drogues qui inclut également des efforts de prévention contre le VIH.⁵⁰ Un comité interministériel de coordination spécialisé dans la lutte contre les drogues a été créé pour superviser la mise en œuvre de ce plan national, offrant des conseils sur la mise en œuvre de cette politique publique et sur les stratégies de prévention et surveillant que l'Éthiopie reste conforme avec les traités internationaux de lutte contre la drogue.⁵¹ A ce jour, le comité n'a pas encore pris de mesure pour promouvoir la réduction des risques en Éthiopie.

L'ONUDC a soutenu le gouvernement pour développer des programmes de prévention, de traitement, de réhabilitation et de réinsertion sociale. Plusieurs protocoles ont été ratifiés en matière de traitement et de prévention des drogues. Néanmoins, malgré le Plan National Directeur de Lutte contre les drogues, l'Éthiopie n'a pas réussi à aborder de manière adéquate les questions de prévention, de traitement et de soins du VIH parmi les usagers de drogues.

La réponse éthiopienne au VIH est incluse dans le Plan stratégique pour l'intensification d'une réponse multisectorielle face au VIH/SIDA 2009–2014 (SPM II).⁵² Ce Plan vise à créer un environnement favorable pour répondre de manière décisive au problème du VIH via le renforcement des capacités, l'implication des communautés, la prévention, le traitement et les

soins du VIH et la collecte d'informations. Ce document décrit la consommation de drogues injectables et la dépendance aux drogues comme « des comportements émergents qui exposent encore plus les individus et les communautés au risque d'être infectés par le VIH et de le propager à travers le pays ». Cependant, le plan ne met en place aucune intervention spécifique pour prévenir l'épidémie du VIH parmi les usagers de drogues.

Services de prévention du VIH pour les usagers de drogues

Il est alarmant que les programmes de réduction des risques restent sous-développés en Éthiopie. Les services disponibles se limitent à des institutions offrant un traitement de la dépendance basé sur l'abstinence, telles que l'Hôpital Psychiatrique Emmanuel et le Département Psychiatrique de l'hôpital Saint Paul, tous les deux basés à Addis-Abeba. Ces établissements s'occupent des cas liés à la consommation de tabac, de cannabis, de khat et d'alcool. Néanmoins, ils semblent ne fournir qu'un soutien très limité et généralement inapproprié aux usagers de drogues.

Seule une organisation de la société civile, l'Association Éthiopienne de Santé Publique (EPHA), offre des services de prévention du VIH et d'information aux usagers de drogues mais celle-ci relaie principalement des messages du type « dites simplement non aux drogues ». ⁵³ Le réseau national en charge de la coordination de l'action face au VIH en Éthiopie est le Consortium sur les Maladies Non-Transmissibles, mais il est difficile de savoir jusqu'à quel point ce réseau se préoccupe des usagers de drogues.

La Tanzanie

Tendances dans la consommation de drogue

Aucune donnée nationale sur la prévalence de la consommation de drogues n'existe pour la République Unie de Tanzanie. Il a toutefois été estimé qu'environ 25 000 à 50 000 personnes s'injectent des drogues⁵⁴ dans la ville de Dar es Salaam (voir encadré 2 sur les estimations des statistiques).

Une estimation rapide de la situation menée en 2001 dans les grandes villes de Tanzanie a montré des niveaux importants de consommation d'héroïne à Arusha, Dar es Salaam et Zanzibar, et une émergence de la consommation de drogues à Mwanza. L'étude a signalé l'existence de consommation de drogues injectables dans toutes les villes où l'usage d'héroïne est présent. Cependant, des données plus nuancées sur la consommation de drogues injectables devraient être publiées grâce au travail de recherche de davantage d'organisations dans le pays.⁵⁵ D'autres types de drogues sont consommés en Tanzanie, dont le cannabis, le khat, la cocaïne et la morphine.

Le VIH parmi les usagers de drogues

Alors que le VIH en Tanzanie continue d'être principalement transmis par les relations sexuelles non-protégées, depuis 2000 le nombre d'infections causées par consommation de drogues injectables a augmenté. Selon certaines estimations, 42% des usagers de drogues injectables à Dar es Salaam sont séropositifs, alors que 22.2% vivent avec l'hépatite C.⁵⁶ Les femmes qui consomment des drogues injectables semblent particulièrement vulnérables au VIH – une petite enquête menée en 2006 auprès de 319 hommes et 98 femmes qui consomment des drogues injectables à Dar es Salaam a conclu que 58% des femmes étaient infectées par le VIH comparé à 27% pour les hommes.⁵⁷ Des pratiques d'injection à haut risque dans toute la Tanzanie ont été reportées, comme le « *flash-blood* », consistant, pour une personne qui s'injecte de l'héroïne, à prélever son propre sang avec une seringue pour le donner à quelqu'un qui n'a pas les moyens d'acheter de la drogue pour qu'il/elle bénéficie indirectement des effets de l'héroïne.⁵⁸

Lois nationales, politiques de drogues et VIH

La position actuelle du gouvernement sur la politique des drogues est ancrée dans une logique de réduction de l'offre et de la demande de drogues. Des progrès importants ont été récemment réalisés dans la législation nationale et dans les politiques publiques pour créer un environnement favorable et offrir des services de réduction des risques. La réduction des risques est, par exemple, mentionnée explicitement dans la Stratégie nationale tanzanienne pour les maladies

non-transmissibles 2009-2015.⁵⁹ La Commission de Lutte contre les Drogues (DCC) de Tanzanie a également émis des instructions générales sur les interventions brèves à destination des usagers de drogues tels que le TSO ou les services de proximité, reflétant les progrès réalisés dans la prestation de ces services.

Cependant, malgré la récente introduction de PES, la possession d'aiguilles et de seringues reste illégale sous la loi nationale.⁶⁰ De plus, il a été signalé que les pratiques policières constituent un obstacle majeur à l'accès des usagers de drogues à ces services (même pour les services de proximité), généralement par peur d'être arrêtés ou harcelés.

Services de prévention du VIH pour les usagers de drogues

La Tanzanie est un exemple très positif dans la région vis-à-vis de l'introduction et du déploiement de services de réduction des risques. Il s'agit actuellement du quatrième pays africain à mettre en place à la fois un programme de TSO et un PES (après l'Ile Maurice, l'Afrique du Sud et le Kenya à partir de 2013).⁶¹ Médecins du Monde a initié le premier PES en 2010 dans le district de Temeke à Dar es Salaam. En un an, ce service a touché plus de 3 000 usagers de drogues injectables, distribuant environ 25 000 aiguilles et seringues par mois.⁶²

L'autre grand succès tanzanien est le programme de TSO géré par le gouvernement à Dar es Salaam et financé par PEPFAR. Ce service a commencé à fonctionner en Février 2011 à l'Hôpital National de Muhimbili et il est actuellement en train d'être étendu à plusieurs autres sites. Le programme tanzanien est aujourd'hui l'un des plus grands programmes de traitement par méthadone d'Afrique subsaharienne. Ce programme est largement considéré comme un modèle de bonne pratique et a reçu plusieurs visites d'étude de la part de nombreux pays voisins comme le Kenya et l'Ouganda. Le Programme de Prévention du SIDA en Tanzanie (TAPP), un réseau d'ONG de proximité, aide à identifier les usagers dépendants et les encourage à participer et à rester dans le programme. Une fois inscrits, les patients reçoivent un soutien social, un suivi régulier, tous les médicaments dont ils ont besoin (comme par exemple traitement et soins pour le VIH, la

tuberculose ou des soins dentaires), et même une ergothérapie pour les aider à réduire la stigmatisation associée à la consommation de drogues injectables et les soutenir dans leur réinsertion sociale.⁶³

En dehors de Dar es Salaam, la couverture géographique du TSO est bien moins importante, même si des services de proximité, d'éducation et de traitement basé sur l'abstinence sont disponibles sur l'île de Zanzibar et ailleurs. Même si beaucoup reste à faire dans ce pays, la Tanzanie constitue un exemple majeur de réussite en termes de réduction des risques en Afrique subsaharienne, grâce à l'implication des ONG mais aussi du gouvernement tanzanien.

L'Ouganda

Les données relatives à l'usage de drogues en Ouganda sont très limitées, tout comme pour toutes les populations à risque en général. En conséquence, cette section sera beaucoup plus courte que les précédentes. Pourtant, l'Ouganda est un pays clé en Afrique de l'Est en termes de politique de drogues et de réduction des risques.

Les drogues les plus couramment consommées en Ouganda sont la cocaïne, l'héroïne, l'alcool et le cannabis.⁶⁴ La prévalence du VIH parmi les usagers de drogues n'est pas connue, bien qu'une étude de petite échelle sur 67 travailleurs du sexe qui consomment des drogues ait conclu à une prévalence de 34%.⁶⁵ Aucune intervention efficace n'a été développée dans le pays pour prévenir la propagation du VIH parmi les usagers de drogues (comme le TSO et les PES).

L'Ouganda n'a actuellement pas de loi spécifique sur la drogue, bien qu'une politique des drogues ait été développée depuis 2005.⁶⁶ Quant à elle, la Stratégie nationale de prévention du VIH 2011-2015 n'inclut pas de mesure de réduction des risques pour les usagers de drogues. Elle stipule tout au plus qu'« il est mondialement reconnu que les usagers de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes jouent un rôle important dans la transmission du VIH. Néanmoins, l'Ouganda ne dispose pas

d'information sur ces groupes. Il sera important de garder un œil sur ces groupes ».⁶⁷ La Stratégie s'engage toutefois à mettre en œuvre une « surveillance constante des comportements à risque des usagers de drogues injectables ».⁶⁸

Le Réseau de Réduction des Risques en Ouganda (UHRN) est actuellement la seule organisation spécialisée dans la réduction des risques et la protection des droits des usagers de drogues en Ouganda. Créée en Janvier 2011, l'UHRN est une organisation à but non lucratif basée à Kampala. Elle vise à promouvoir la santé et les droits humains des individus et communautés affectés par la consommation de drogues à travers le pays et cherche à agir comme organisme de coordination pour les associations et les individus travaillant dans la réduction des risques en Ouganda.⁶⁹

Les obstacles liés à la transmission du VIH parmi les usagers de drogues

Il existe plusieurs obstacles majeurs qui empêchent la compréhension, la mise en place et le déploiement des services de réduction des risques dans les quatre pays d'Afrique de l'Est étudiés dans ce document d'information.

Obstacles institutionnels et politiques

L'expérience mondiale a montré que les services de réduction des risques sont beaucoup plus efficaces quand ils fonctionnent dans le cadre d'une politique propice à leur développement, comme par exemple au sein d'une politique où les usagers de drogues ne sont pas visés et percutés par la police. Bien que le Kenya et la Tanzanie aient commencé à mettre en œuvre des services de réduction des risques qui ont fait leurs preuves, des barrières légales et politiques demeurent, à savoir le fait que la consommation et la possession de drogue (mais aussi d'aiguilles et de seringues) demeurent une infraction pénale passible d'années d'emprisonnement. Le harcèlement des prestataires de services de réduction des risques et des usagers de drogues par la police a aussi été

identifié comme un problème majeur dans ces deux pays.

En Ouganda et en Ethiopie, le manque de services de réduction des risques reflète un manque de volonté politique de reconnaître l'existence même de la consommation de drogues injectables. Si les consommateurs de drogues injectables ne sont pas reconnus comme des personnes ayant besoin d'aide et de soutien, ils ne seront mentionnés dans aucune stratégie politique nationale clé. Ceci peut être en soi un obstacle majeur à la mise en œuvre de ces stratégies.

Dans les quatre pays étudiés, le soutien des leaders politiques et communautaires est essentiel. Bien que les services de réduction des risques en Tanzanie aient bénéficié d'un tel soutien, l'opposition de la communauté et des responsables religieux au Kenya reste problématique. En Ethiopie et en Ouganda, le soutien politique et communautaire demeure inexistant.

Le manque de données

A travers la région, le manque de données fiables et de renseignements sur la consommation de drogues (voir l'encadré 2) est une entrave majeure aux changements politiques. A l'exception du Kenya et de la Tanzanie, il existe trop peu de données disponibles sur la consommation des drogues, l'impact de la consommation de drogues injectables sur la transmission du VIH et sur les autres problèmes de santé associés à la consommation (comme la transmission de l'hépatite et les overdoses). Les activistes éthiopiens et ougandais luttent pour faire entendre leur voix en l'absence de données et de preuves. Le manque d'informations irréfutables pour prouver que la mise en œuvre de programmes de réduction des risques est nécessaire empêche toute compréhension sur l'urgence de l'adoption de politiques publiques adéquates.

L'absence de données détaillées ne devrait pas constituer un obstacle au démarrage de services de réduction des risques, en particulier à travers des programmes pilotes, lorsque l'expérience des ONG sur le terrain indique un besoin non satisfait. Mais l'absence de données requiert courage et leadership de la part des responsables politiques nationaux et communautaires. A cet égard, la Tanzanie représente un modèle intéressant sur la

manière dont ces services ont été mis en œuvre *en même temps* – plutôt qu'après – que des efforts accrus de recherche aient été faits.

Afin de trouver une solution à ce problème majeur, le Plan d'action de l'UA sur la lutte contre la drogue (voir l'encadré 1) appelle les états membres à mener des études de référence et des projets de recherche sur les thématiques de la consommation de drogues, de la prévalence du VIH et des autres problèmes de santé associés à la consommation de drogue.⁷⁰

Obstacles techniques

Les gouvernements et la société civile en Afrique subsaharienne ont souvent une compréhension limitée du concept de réduction des risques et il existe un manque d'expertise technique, en particulier sur les interventions comme le TSO ou les PES. Au Kenya, le déploiement des services de réduction des risques a été accompagné d'une série de formations et d'ateliers pour renforcer les capacités des ONG locales, plusieurs d'entre elles ayant auparavant uniquement travaillé sur la base du principe d'abstinence. En Tanzanie, les visites d'étude de délégations d'autres pays africains leur permettent de découvrir ces programmes, d'apprendre comment ils ont été développés et mis en œuvre et, avec un peu de chance, de considérer l'adoption de ce modèle de bonne pratique dans leur propre pays. Les développements récents dans l'approche de l'UA vis-à-vis des drogues (voir l'encadré 1) devraient contribuer à régler le problème de manque d'informations.

Obstacles financiers

Comme dans beaucoup de régions du monde, les contraintes financières ont souvent été citées comme l'une des barrières principales pour la mise en place des programmes de réduction des risques. Entre 2009 et 2011, l'Afrique subsaharienne représentait 57% des financements sur le VIH/SIDA de la part des donateurs internationaux,⁷¹ mais une très faible partie de ces financements a été consacrée aux usagers de drogues. En effet, bien que cette région compte pour plus de la moitié du portefeuille du Fonds Mondial,⁷² l'Afrique subsaharienne a reçu moins de 5% des

financements existants pour la réduction des risques de la Série 1 (2002) à la Série 9 (2009).⁷³

Pourtant, des arguments de poids ont été mis en avant en faveur de la réduction des risques en Afrique subsaharienne et les exemples du Kenya et de la Tanzanie montrent le fort intérêt des donateurs internationaux vis-à-vis de ces programmes. Afin d'assurer un meilleur soutien interne à la réduction des risques, les responsables politiques doivent être convaincus que l'argent dépensé pour les programmes de réduction des risques (via les services de TSO et de PES) peut mener à des économies importantes pour traiter le VIH et autres problèmes de santé. De même, la promotion d'alternatives à l'incarcération pour les usagers de drogues (comme prévues dans le Plan d'Action actuel de l'UA) peut réduire les coûts publics considérables associés aux prisons et autres institutions carcérales.⁷⁴

Obstacles idéologiques

La consommation de drogue reste très stigmatisée en Afrique de l'Est, à la fois au sein des institutions gouvernementales et parmi le grand public. Dans les quatre pays étudiés, la consommation de drogue est fortement pénalisée et est passible de peines fortement disproportionnées. De nombreux gouvernements à travers le monde ont aujourd'hui reconnu les effets préjudiciables de cette approche sur l'accès aux services de soins, les droits humains et la santé publique. De nombreux pays dans le monde ont par conséquent réduit les peines pénales ou dépenalisées⁷⁵ la consommation et la possession de drogues pour usage personnel.⁷⁶ Au Kenya, cependant, les efforts récents visant à dépenaliser la consommation de drogues ont rencontré une résistance considérable de la part du public et des leaders communautaires et religieux.

L'impact de ces obstacles idéologiques est tel qu'au Kenya par exemple, les usagers de drogues ne peuvent pas accéder aux services médicaux offerts par le gouvernement.⁷⁷ De plus, il a été signalé qu'à cause de la stigmatisation dont ils font l'objet, de nombreux usagers des drogues décident de vivre loin de leurs amis et de leur famille pour dissimuler leur consommation de drogue.⁷⁸ Ces pratiques augmentent encore davantage leur vulnérabilité et leur marginalisation, et diminuent les probabilités d'accès à toute aide sociale ou médicale. Le travail

des réseaux d'usagers de drogues constitue donc un outil essentiel pour aider les usagers de drogues à faire valoir leurs droits dans les forums publics.

Conclusion et recommandations

L'Afrique de l'Est se trouve aujourd'hui à un moment critique dans le développement de politiques des drogues efficaces. Certains pays comme le Kenya et la Tanzanie sont allés de l'avant et se sont tournés vers une approche basée sur des preuves avérées pour résoudre les problèmes de santé liés à la consommation de drogues injectables. Il est important que ces services soient étendus à l'échelle géographique nécessaire pour avoir un impact sur l'épidémie du VIH. Cet impact doit être correctement évalué et rendu public. Il est recommandé que les cinq actions suivantes soient mises en œuvre afin de renforcer la prévention du HIV parmi les usagers de drogues en Afrique de l'Est :

1. Développement d'un cadre politique favorable

Afin de d'initier des services de réduction des risques durables et de maximiser leur efficacité, le cadre politique dans lequel ils opèrent doit être réformé afin d'atténuer les barrières législatives et réglementaires. Ceci peut être réalisé grâce à la formulation de politiques autonomes de réduction des risques dans chaque pays ou en amendant ou en adaptant les stratégies sur le VIH et la lutte contre les drogues. Par ailleurs, les pays doivent résoudre les potentiels conflits entre leurs différentes politiques publiques, par exemple en dépenalisant la consommation de drogues ou en supprimant les sanctions contre la possession d'aiguilles et de seringues afin d'améliorer l'accès aux PES. Ceci requiert aussi davantage d'éducation et de collaboration entre les fonctionnaires de police et les prestataires de santé.

2. Croissance de la collecte de données et de la recherche

Une collecte exhaustive de données est nécessaire en Afrique subsaharienne afin de mieux comprendre la situation et d'adopter des réponses efficaces qui correspondent aux besoins des

usagers de drogues. Ceci requiert l'attention et le leadership des gouvernements et des donateurs internationaux, ainsi que le renforcement des capacités des acteurs dans la région. Des partenariats avec les agences de collecte de données existantes comme l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) devraient être mis en place.

3. Promotion de la réduction des risques

Des efforts constants de promotion de la réduction des risques sont essentiels en Afrique de l'Est pour s'assurer que les médias, les responsables politiques, les représentants des communautés et le grand public comprennent l'importance de cette approche. Ceci permettra l'existence de débats ouverts et objectifs sur les problèmes liés à la consommation de drogues et à la réforme des politiques des drogues. Les efforts des gouvernements à cet égard, tels que l'adoption d'une déclaration des droits humains au Kenya en 2010 ou l'inclusion du concept de réduction des risques dans la stratégie sur le sida en Tanzanie, sont cruciaux, tout comme l'émergence de réseaux d'usagers de drogues et de militants pour la réduction des risques (voir l'encadré 4). De tels efforts doivent être préparés et mis en œuvre soigneusement, vu que la consommation de drogue reste un sujet qui divise l'opinion et a une portée émotionnelle importante dans la région.

4. Renforcement de la société civile

A travers le monde, les organisations de la société civile ont joué un rôle pivot dans la promotion et la distribution de services efficaces de réduction des risques. Ceci a été également le cas au Kenya et en Tanzanie. En Afrique de l'Est, les ONG ont particulièrement besoin de soutien technique et financier afin de promouvoir et de mettre en place ces interventions. Les gouvernements et les donateurs internationaux doivent investir dans la réduction des risques à travers – et avec – ces ONG pour garantir le succès du projet.

5. Mobilisation des ressources

Il est urgent d'augmenter les investissements internationaux mais aussi nationaux pour développer les services de réduction des risques à travers l'Afrique de l'Est. En effet, tant que ces programmes dépendent de subventions internationales (comme au Kenya), leur durabilité ne pourra jamais être garantie. De plus, les gouvernements doivent s'assurer que les usagers de drogues sont systématiquement inclus dans les stratégies contre le VIH, dans les budgets et plans d'action, et que les interventions de réduction des risques ont suffisamment de ressources pour atteindre le niveau de couverture géographique nécessaire.

Remerciements

Traduction faite par Clotilde Vasconi.

L'IDPC tient à remercier Harm Reduction International pour sa précieuse contribution dans la rédaction de ce document d'information.

L'IDPC souhaite également remercier les consultants suivants pour leur soutien dans le cadre de l'étude de terrain initiale : Daniel Maro (Tanzanie), Lia Ghebream (Ethiopie), Margaret Mbugua (Kenya), Roman P.K. Mukendi (Kenya) et Titus James Twesige (Ouganda).

Enfin, l'IDPC remercie les pairs examinateurs pour leur apport précieux dans la relecture de ce document d'information: Ann Fordham (IDPC), Catherine Cook (HRI), Daniel Maro (Tanzanie), Dr. Zin Mar Han (Médecins du Monde, Kenya), Joanne Csete (Open Society Foundations), Sandrine Pont (Médecins du Monde, Tanzanie), Wamala Twaibu (UHRN) et Wanjiku Kamau.

Notes de bas de page

¹ Chargée de plaider sur les questions de santé senior, Harm Reduction International

² Chargée de recherche et de communications senior, Consortium International sur les Politiques des Drogues

³ Responsable de stratégies et d'opérations senior, Consortium International sur les Politiques des Drogues

⁴ Office des Nations Unies contre la Guerre et le Crime (2012), *Rapport Mondial sur les Drogues 2012*, http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_french.pdf

⁵ Commission Globale sur la Politique des Drogues (2011), *La guerre aux drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf

⁶ Harm Reduction International (2012), *Global State of Harm Reduction 2012: Towards an integrated response*, <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2012>

⁷ Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (2011), *UNAIDS World AIDS Day report - How to get to zero: Faster. Smarter. Better*, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/jc2216_worldaidsday_report_2011_en.pdf

⁸ Voir, par exemple: Commission Globale sur la Politique des Drogues (2011), *La guerre aux drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf; Reuter, P. & Trautmann, F. (2009), *A report on Global Illicit Drugs Markets 1998-2007* (European Communities), http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/EU_Markets_Study_EN0409.pdf

⁹ Voir, pour plus de détails : Costa, A.M. (March 2008), *Making drug control 'fit for purpose': Building on the UNGASS decade – Report by the Executive Director of the United Nations Office on Drugs and Crime as a contribution to the review of the twentieth special session of the General Assembly*, E/CN.7/2008/CRP.17, <http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Session51/CND-UNGASS-CRPs/ECN72008CRP17.pdf>; Commission Globale sur la Politique des Drogues (2011), *La guerre aux drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf

¹⁰ Harm Reduction International (2012), *Global State of Harm Reduction 2012: Towards an integrated response*, <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2012>

¹¹ Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Guerre et le Crime & Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2009), *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/idu_target_setting_guide.pdf

¹² Harm Reduction International (2012), *Global State of Harm Reduction 2012: Towards an integrated response*, <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2012>

¹³ Mathers, B.M., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., Mattick, R.P., Myers, B., Ambekar, A., Strathdee, S.A., 2009 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use (2010), 'HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage', *The Lancet*, **375**(9719): 1014-28, doi: 0.1016/S0140-6736(10)60232-2, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20189638>

¹⁴ *Ibid*

¹⁵ L'étude de terrain a consisté en une série d'entretiens avec des acteurs clés travaillant dans les agences nationales de lutte contre les drogues, dans des ONG et des services pour les usagers de drogues dans chacun des pays étudiés. La collecte de données avait pour objectif d'étudier les tendances et modes de consommation des drogues, le niveau d'infections par le VIH parmi les usagers de drogues, l'environnement légal entourant la consommation de drogues et le VIH, les services de prévention du VIH disponibles pour les usagers de drogues, le rôle des ONG dans la prestation de services et dans la promotion des droits des usagers de drogues et le rôle spécifique des réseaux des usagers de drogues.

¹⁶ Les auteurs ont choisi de concentrer cette étude sur le Kenya, l'Ouganda, l'Éthiopie et la Tanzanie. Le Kenya et la Tanzanie sont tous deux de bons cas d'étude pour évaluer l'environnement légal dans lequel les services de réduction des risques sont actuellement ancrés. L'Éthiopie et l'Ouganda sont aujourd'hui reconnus comme des pays de transit pour les drogues et sont donc sujets à une augmentation de la consommation de drogues et des problèmes de santé qui y sont liés. Les quatre cas d'étude examinent la manière dont les gouvernements ont perçu et répondu au phénomène de la consommation de drogues et aux problèmes associés dans leur pays.

¹⁷ Bridge, J. (2012), 'African Union agrees: "Support, don't punish"', *IDPC Blog*, <http://idpc.net/blog/2012/12/african-union-agrees-support-don-t-punish>

¹⁸ Union africaine (2012), *Plan d'action de l'UA sur la lutte contre la drogue (2013-2017)*, CAMDC/EXP/2(V), <http://sa.au.int/en/sites/default/files/AUPA%20on%20DC%20%282013-2017%29%20-%20French.pdf>

¹⁹ Union africaine (2012), *Annexe – Plan d'action de l'Union africaine sur le contrôle de la drogue et la prévention de crime (PAUA) (2013-2017): Matrice de mise œuvre*, <http://sa.au.int/en/sites/default/files/AUPA%20on%20DC%20%282013-2017%29%20Implementation%20Matrix%20-%20French.pdf>

²⁰ Csete, J. (Octobre 2012), *African Union: A new frontier for challenging drug prohibition?*, LSE Blogs, <http://blogs.lse.ac.uk/ideas/2012/10/african-union-a-new-frontier-for-challenging-drug-prohibition/>

²¹ Carrier, N. & Klantschnig, G. (2012), *Africa and the war on drugs* (Londres et New York: Zed Books, African Arguments, published in association with the International African

Institute, the Royal African Society and the World Piece Foundation)

²² Beckerleg, S. Telfer, M. & Sadig, A. (2006), 'A rapid assessment of heroin use in Mombasa, Kenya', *Substance Use and Misuse*, **41**(6-7): 1029-44; Nieburg, P. & Carty, L. (2011), *HIV prevention among injecting drug users in Kenya and Tanzania: New opportunities for progress* (Washington D.C.: Center for Strategic International Studies), http://csis.org/files/publication/110428_Nieburg_HIV_Web.pdf

²³ Nieburg, P. & Carty, L. (2011), *HIV prevention among injecting drug users in Kenya and Tanzania: New opportunities for progress* (Washington D.C.: Center for Strategic International Studies), http://csis.org/files/publication/110428_Nieburg_HIV_Web.pdf

²⁴ National AIDS & STI Control Programme NASCOP (2013), *Kenya Most-At-Risk-Populations Size Estimate Consensus Report, 2013*

²⁵ Republic of Kenya (2009), *Kenya HIV Prevention Response and Modes of Transmission Analysis. Final Report. Nairobi, Kenya* (Kenya National AIDS Control Council, Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Banque Mondiale, programme VIH/SIDA)

²⁶ National AIDS & STI Control Programme NASCOP (2013), *Kenya most-at-risk-populations size estimate consensus report*

²⁷ Beckerleg, S., Telfer, M. & Hundt, G.L. (2005), 'The rise of injecting drug use in east Africa: A case study from Kenya', *Harm Reduction Journal*, **2**(12), doi:10.1186/1477-7517-2-12, <http://www.harmreductionjournal.com/content/2/1/12>

²⁸ The Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (Control) Act, 1994, <http://www.unhcr.org/refworld/type,LEGISLATION,,KEN,4c36fb212,0.html>

²⁹ National AIDS & STI Control Programme-NASCOP (2012), *MARPS Surveillance Report 2012: Most-At-Risk Populations. Unveiling new evidence for accelerated programming* (Kenya: Ministry of Health)

³⁰ Mathers, B., Cook, C. & Degenhart, L. (2010), 'Improving data to strengthen the global response to HIV among people who inject drugs', *International Journal of Drug Policy*, **21**(2): 100-102

³¹ La constitution du Kenya, <http://www.kenyalaw.org/Downloads/The%20Constitution%20of%20Kenya.pdf>

³² The Global Fund website, *Investing in : Kenya – The road towards an HIV free society*, <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/Index/KEN-H-KRC>

³³ <http://www.mainline.nl/en.html>

³⁴ National AIDS & STI Control Programme-NASCOP (2012), *MARPS Surveillance Report 2012: Most-At-Risk Populations. Unveiling new evidence for accelerated programming* (Kenya: Ministry of Health); Beckerleg, S., Telfer, M. & Hundt, G.L. (2005), 'The rise of injecting drug use in east Africa: A case study from Kenya', *Harm Reduction Journal*, **2**(12),

doi:10.1186/1477-7517-2-12, <http://www.harmreductionjournal.com/content/2/1/12>

³⁵ Harm Reduction International (2012), *Global State of Harm Reduction 2012: Towards an integrated response*, <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2012>; Mathers, B.M., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., Mattick, R.P., Myers, B., Ambekar, A., Strathdee, S.A., 2009 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use (2010), 'HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage', *The Lancet*, **375**(9719): 1014-28, doi: 0.1016/S0140-6736(10)60232-2, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20189638>

³⁶ Nieburg, P. & Carty, L. (2011), *HIV prevention among injecting drug users in Kenya and Tanzania* (Washington D.C.: Center for Strategic & International Studies), http://csis.org/files/publication/110428_Nieburg_HIV_Web.pdf

³⁷ Pour plus d'information sur le projet CAHR, voir: <http://www.cahrproject.org/>

³⁸ Pour plus d'information sur le projet CAHR au Kenya, voir: <http://www.cahrproject.org/countries/kenya/>

³⁹ International Network of People Who Use Drugs, 'The seeding of drug user activism in East Africa', *INPUD Blog*, <http://inpud.wordpress.com/>

⁴⁰ Carrier, N. & Klantschnig, G. (2012), *Africa and the war on drugs* (Londres et New York: Zed Books, African Arguments, publié en collaboration avec l'International African Institute, le Royal African Society et le World Piece Foundation)

⁴¹ Office des Nations Unies contre la Guerre et le Crime (2008), *Rapport Mondial sur les Drogues de 2008*, <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/Press-releases/PR-French.pdf>

⁴² Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2010), *Rapport Mondial sur la drogue pour 2010*, http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2010/EXECUTIVE_SUMMARY_-_FR.pdf; Office International de Contrôle des Stupéfiants (2011), *Rapport annuel pour 2010*, http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2010/AR_2010_French.pdf

⁴³ Rapporté par des consultants locaux en Ethiopie

⁴⁴ Mitike, G. et al (2005), *HIV/AIDS behavioural surveillance survey (BSS) Ethiopia 2005, Round two*, <http://www.etharc.org/resources/download/finish/33/50>

⁴⁵ UNGASS (2010), *Report on progress towards implementation of the UN Declaration of Commitment on HIV/AIDS* (Federal Democratic Republic of Ethiopia and Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office)

⁴⁶ Ethiopia HIV/AIDS Prevention and Control Office & Global HIV/AIDS Monitoring and Evaluation Team (Avril 2008), *HIV/AIDS in Ethiopia: An epidemiological synthesis* (The Global HIV/AIDS Programme of the World Bank), <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/EthiopiaSynthesisFinal.pdf>

- ⁴⁷ Mitike, G. et al (2005), *HIV/AIDS behavioural surveillance survey (BSS) Ethiopia 2005, Round two*, <http://www.etharc.org/resources/download/finish/33/50>;
UNGASS (2010), *Report on progress towards implementation of the UN Declaration of Commitment on HIV/AIDS* (Federal Democratic Republic of Ethiopia and Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office)
- ⁴⁸ Ethiopia HIV/AIDS Prevention & Control Office (HAPCO) & Global HIV/AIDS Monitoring and Evaluation Team (GAMET), The Global HIV/AIDS Program of the World Bank (2008), *HIV / AIDS in Ethiopia – An epidemiological synthesis*, <http://www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/oeur/arch/eth/TheRevisedCriminalCode.pdf>
- ⁴⁹ Office des Nations Unies contre la Guerre et le Crime (2004), *Rapport Mondial sur les Drogues pour 2004*, http://www.unodc.org/pdf/WDR_2004/wdr2004_Vol1_fr.pdf
- ⁵⁰ Office des Nations Unies contre la Guerre et le Crime (2010), *Current situation with respect to subregional and regional cooperation in countering drug trafficking*, UNODC/HONLAF/20/CRP.1 http://www.unodc.org/documents/commissions/HONLAF-2010/UNODC_HONLAF20_CRP1eV1055504.pdf
- ⁵¹ Office International de Contrôle des Stupéfiants (2011), *Rapport annuel pour 2010*, http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2010/AR_2010_French.pdf
- ⁵² Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office, Federal Ministry of Health of Ethiopia (2009), *Strategic plan for intensifying multisectoral HIV and AIDS response in Ethiopia II (SPM II) 2009-2014*, <http://www.etharc.org/amhara/Asset/Downloadables/SPM%20I%20Final%20version%20sept%202026.pdf>
- ⁵³ Voir: World Federation of Public Health Association (2012), *Annual Report of the World Federation of Public Health Associations 12*, <http://www.etpha.org/basic-facts/projects-and-activities/advocacy-on-alcohol-and-substance-abuse-in-relation-to-hiv-aids.html>
- ⁵⁴ Nieburg, P., & Carty, L. (2011), *HIV prevention among injection drug users in Kenya and Tanzania* (Washington, DC: Centre for Strategic and International Studies), <http://csis.org/publication/hiv-prevention-among-injection-drug-users-kenya-and-tanzania>
- ⁵⁵ Bowring, A. et al. (2011), *Assessment of risk practices and infectious disease among drug users in Temeke district, Dar es Salaam, Tanzania* (France: Medicines Du Monde, Centre for Population Health, Burnet District)
- ⁵⁶ Williams, M.L., McCurdy, S.A., Bowen, A.M. et al. (2009), 'HIV seroprevalence in a sample of Tanzanian intravenous drug users', *AIDS Education and Prevention*, **21**: 474-483, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19842830>
- ⁵⁷ Timpson, S., McCurdy, S., Leshabari, M.T., et al. (2006), 'Substance abuse, HIV risk and HIV/AIDS in Tanzania', *African Journal of Drug & Alcohol Studies*, **5**(2): 158-169, <http://www.add-resources.org/african-journal-role-of-substance-abuse-in-the-african-hiv-aids-epidemic.456962-80615.html>
- ⁵⁸ McCurdy, S.A., Ross, M.W., Williams, M.L., Kilonzo, G.P. & Leshabari, M.T. (2010), 'Flashblood: Blood sharing among female injecting drug users in Tanzania', *Addiction*, **105**(6): 1062-70, doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02908.x, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20331567>
- ⁵⁹ The United Republic of Tanzania, Ministry of Health and Social Welfare (2008), *Health sector strategic plan III: 'Partnerships for delivering the MDGs', July 2009-June 2015*, <http://siteresources.worldbank.org/INTTANZANIA/Resources/HSSPIII-final-Sep17-08.pdf>
- ⁶⁰ Bowring, A. et al. (2011), *Assessment of risk practices and infectious disease among drug users in Temeke district, Dar es Salaam, Tanzania* (France: Medicines Du Monde, Centre for Population Health, Burnet District)
- ⁶¹ Harm Reduction International (2012), *Global State of Harm Reduction 2012: Towards an integrated response*, <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2012>
- ⁶² Bowring, A. et al. (2011), *Assessment of risk practices and infectious disease among drug users in Temeke district, Dar es Salaam, Tanzania* (France: Medicines Du Monde, Centre for Population Health, Burnet District)
- ⁶³ Organisation Mondiale de la Santé (2013), 'New treatment gives hope to East Africa's drug users', *Bulletin of the World Health Organization*, <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/2/13-030213/en/index.html>
- ⁶⁴ Entretien avec le Réseau de Réduction des Risques d'Ouganda, Novembre 2012
- ⁶⁵ Kabanda, U. (2012), *Rapid assessment of HIV risk behavior in drug using sex workers in Kampala city and four other main sub-cities of Uganda* (Umar kabanda Prevention of Alcohol Drug Abuse and HIV/AIDS in Uganda), Paper submitted at AIDS 2012, Washington, Juillet 2012
- ⁶⁶ Kasiyre, R., *Drug Abuse trends, magnitude and response in the Eastern African region*
- ⁶⁷ Uganda AIDS Commission (2011), *National HIV prevention strategy 2011-2015: Expanding and doing HIV prevention better*, <http://www.k4health.org/sites/default/files/National%20HIV%20Prevention%20Action%20Plan%20Uganda%202011.pdf>
- ⁶⁸ *Ibid*
- ⁶⁹ Harm Reduction International (2012), *Global State of Harm Reduction 2012: Towards an integrated response*, <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2012>
- ⁷⁰ Union africaine (2012), *Plan d'action de l'UA sur la lutte contre la drogue (2013-2017)*, CAMDC/EXP/2(V), <http://sa.au.int/en/sites/default/files/AUPA%20on%20DC%20%282013-2017%29%20-%20French.pdf>
- ⁷¹ Kates, J., Michaud, J., Wexler, A. & Valentine, A. (Juin 2013), *Mapping the donor landscape in global health : HIV/AIDS* (The Henry J. Kaiser Family Foundation), <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/06/8449-mapping-the-donor.pdf>

⁷² Fonds Mondial pour combattre le VIH/sida, la Tuberculose et le Paludisme (2012), *Strategic investments for impact: Global Fund results report 2012*, http://www.theglobalfund.org/documents/publications/progress_reports/Publication_2012Results_Report_en/

⁷³ Bridge, J., Hunter, B.M., Atun, R. & Lazarus, J.V. (2012), 'Global Fund investments in harm reduction from 2002 to 2009', *International Journal of Drug Policy*, **23(4)**: 279-285, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22421551>

⁷⁴ En Asie, une étude a par exemple montré que le coût par année de vie ajustée à l'incapacité (DALY) évitée économisée était de 39 dollars américains avec l'offre de services de réduction des risques aux usagers de drogues, alors que les traitements antirétroviraux tendent à être plutôt onéreux (environ 2000 dollars américains ou plus par année de vie ajustée à l'incapacité (DALY) évitée économisée. Voir: Commission on AIDS in Asia (2008), *Refining AIDS in Asia: Crafting an effective response*, http://data.unaids.org/pub/Report/2008/20080326_report_commission_aids_en.pdf; Pour plus d'informations, voir: Harm Reduction International (2011), *Harm reduction: a low-cost, high-impact set of interventions*, <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/Harm-reduction-low-cost-high-impact.pdf>; Curtis, M. & Zelichenko, A. (2011), *An advocate's guide to economic analysis of harm reduction programs* (Vilnius: Eurasian Harm Reduction Network), <http://www.harm-reduction.org/library/2255-an-advocates-guide-of-harm-reduction-programs-to-economic-analysis.html>

⁷⁵ La dépénalisation implique que l'infraction n'est plus passible d'une sanction pénale. L'infraction est dorénavant soit passible d'une sanction administrative, soit ne plus être punie par aucune sanction.

⁷⁶ Voir, par exemple: Rosmarin, A. & Eastwood, N. (2012), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe* (Londres: Release), <http://www.release.org.uk/downloads/publications/release-quiet-revolution-drug-decriminalisation-policies.pdf>. Pour plus d'informations sur le Portugal, voir: Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2011), *Drug policy profiles: Portugal*, <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/EMCDDA-drug-policy-profile-Portugal.pdf>

⁷⁷ Nieburg, P. & Carty, L. (2011), *HIV prevention among injecting drug users in Kenya and Tanzania* (Washington D.C.: Center for Strategic & International Studies), http://csis.org/files/publication/110428_Nieburg_HIV_Web.pdf

⁷⁸ Entretien avec les associations prestataires de services de réduction des risques au Kenya

Le Consortium International sur les Politiques de Drogues (IDPC, sigle en Anglais) est un réseau mondial d'ONG et de réseaux de professionnels qui promeut un débat ouvert et objectif sur l'efficacité, la direction et le contenu des politiques nationales et internationales sur la drogue, et promeut des politiques et des programmes de drogue ayant prouvé leur efficacité pour réduire les risques liés à la drogue. Les membres de l'IDPC disposent d'une expertise et expérience considérable dans l'analyse des problèmes et politiques liés à la drogue et contribuent aux débats nationaux et internationaux.

Ce document d'information résume les documentations existantes, ainsi qu'une étude de terrain menée en 2012 par Harm Reduction International et IDPC. L'objectif de ce document est de mettre en lumière l'état actuel des politiques des drogues et des services de réduction des risques dans quatre pays d'Afrique de l'Est : le Kenya, l'Ethiopie, l'Ouganda et la Tanzanie. Ce document analyse par ailleurs les barrières et les opportunités pour développer les services de réduction des risques dans ces pays et offre des recommandations pour en améliorer l'accès.

Soutenu par des subventions de:



International Drug Policy Consortium
Fifth Floor, 124-128 City Road, London
EC1V 2NJ, United Kingdom

Tel: +44 (0) 20 7324 2975
Email: contact@idpc.net
Web: www.idpc.net