



VIH et Réduction des méfaits parmi les usagers de drogues injectables

Evaluation rapide

Investigateur : Nkurunziza Menu

Rapport Définitif

Juin 2017

Remerciements

L'étude a bénéficié de l'appui du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida à travers ses Départements, Programmes et Services, le Réseau BuNPUD et la Clinique Jeunesse au Clair Médical. L'ABS s'est fortement investi à travers son chargé du Suivi-Evaluation. L'aspect juridique et droits humains ont été développés par Emmanuel Karirimbanya. Elle a également bénéficié de l'appui technique de LSHTM (London School of Hygiene & Tropical Medicine). L'étude a été financée par le Fonds Mondial par intermédiaire du KANCO, le Kenya Aids NGOs Consortium

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ ANALYTIQUE	8
CHAPITRE I : OBJECTIF DE L'ETUDE	11
1. Introduction	11
2. Contexte et justification	11
3. Objectifs visés de l'étude.....	12
3.1. Objectifs.....	12
3.2. Attentes.....	13
3.3 Questions de Recherche	13
3.4. Population et Zone d'Etude	13
CHAPITRE II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	14
1. Méthodes de Collecte de Données	14
2. Méthodes Qualitatives et Cible	14
3 Collecte de Données Quantitatives.....	16
4 Méthodologie d'analyse sérologique.....	17
5 Recrutement des auxiliaires de terrain et formation	17
6 Outils de Collecte de Données	18
7. Développement d'Outil, Pilotage et Finalisation	18
8 Le comité de Pilotage	19
9 Rôles et Responsabilités dans la Collecte de Données	19
10 Qualité des Données (saisie des données, nettoyage, etc.).....	21
11 Analyse des Données.....	21
12. Considérations Ethiques	21
CHAPITRE III. RESULTATS ET DISCUSSIONS.....	23
1. Description de l'échantillon.....	23
1.1. Distribution des UDI selon les hotspots	23
1.2. Distribution des UDI selon l'âge	25
1.3. Distribution des UDI selon le sexe	25
1.4. Niveau de formation des UDI.....	26
1.5. Statut marital des UDI.....	26

1.6. Lieu de résidence	26
1.7. Source de revenu	27
2. Etat de la consommation de la drogue injectable	27
2.1. Description des lieux de consommation	27
2.2. Comment les UDI s'injectent-ils: résultats des observations	32
2.3. Le vécu des UDI et problèmes rencontrés: résultats d'observations	33
2.4. Historique de la consommation des drogues	35
2.5. Raisons de consommations des drogues	39
2.6. Vaines tentatives d'abandon d'injection de drogues	41
2.7. Présentation de cas	42
3. Prévalence du VIH, VHB et VHC parmi les UDI	44
3.1. Prévalence de VIH, VHB, VHC et rapportage d'IST	44
3.2. Analyse socio-comportementale et risques du VIH	47
4. Accès au service de soins des UDI : État des lieux	53
5. Estimation de la taille des UDI dans la mairie de Bujumbura.....	58
6. Poursuites policières et emprisonnements.....	60
7. Aspect juridique et droits humains : cadre légal et réglementaire régissant l'usage de la drogue de stupéfiants au Burundi.....	62
8. Ampleur de phénomène d'usage des drogues par injection et circuit d'approvisionnement	64
CHAPITRE IV. CONCLUSION S ET RECOMMANDATIONS	66
4.1. Principales Conclusions	66
4.2. Recommandations	69

Liste des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon	24
Tableau 2: Nombre et types de drogues consommées la première année.....	36
Tableau 3: Temps passé dans la consommation de la drogue injectable	37
Tableau 4: Combinaison de plusieurs drogues avec injection (évalué sur tous les 127 UDI)	38
Tableau 5: Combinaison de plusieurs drogues avec injection (évalué sur 108 UDI de plus de 1 années d'injection).....	38
Tableau 6: Fréquence de consommation des drogues injectables.....	40
Tableau 7: Séroprévalences du VIH, VHB et VHC	45
Tableau 8: Séroprévalences et quelques facteurs sociaux démographiques	46
Tableau 9: Utilisation à risque des seringues/aiguilles	48
Tableau 10: Usage de la seringue à risque et séroprévalences.....	50
Tableau 11: Comportement à risque et séroprévalence.....	52
Tableau 12: Quelques problèmes de santé des UDI.....	54
Tableau 13: Accès au service de santé	55
Tableau 14: Modèle d'estimation de la taille de la population d'UDI.....	59
Tableau 15: Poursuites policières chez les UDI.....	61

ACRONYMES

ABS	: Alliance Burundaise contre le Sida et la promotion de la Santé
ANSS	: Association Nationale de Soutien aux Séropositifs et malades du sida
ART	: Anti-Retroviral Therapy
BUMEREC	: Burundi Medical and Research Center
BuNPUD	: Burundi Network of People who Used Drugs
CDS	: Centre de Santé
CNLS	: Conseil National de Lutte contre le Sida
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
DPML	: Direction de la Pharmacie du Médicaments et des Laboratoires
FGD	: Focus Group Discussion
FWA	: Friends Women's Association
GASC	: Groupement des agents de santé communautaire
HSH	: Homme ayant de rapports Sexuels avec les Hommes
IST	: Infection Sexuellement Transmissibles
JCM	: Jeunesse au Clair Médical
LSHTM	: London School of Hygiene & Tropical Medicine
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PLACE	: Priorities for Local AIDS Control Efforts
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
POLYCEB	: Polyclinique Central de Bujumbura
PS	: Professionnel de Sexe
PTME	: Programme de lutte contre la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
SIDA	: Syndrome d'Immunodefiscience Aquis
SPSS	: Statistical Software for Social Sciences
SWAA	: Society for Women Against AIDS in Africa
TB	: Tuberculose
TIC	: Technologie de l'Information et de Communication
TS	: Travailleuse de Sexe

UD : Usager de Drogues
UDI : Usagers de Drogues Injectables
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSBG : Violences Sexuelles Basées sur le Genre

Résumé Analytique

Le manque d'informations de base en matière d'usage des drogues injectables et du VIH rend difficile l'atteinte des objectifs du développement durable tel qu'annoncé dans la déclaration de l'UNAIDS. En effet, ni le nombre d'utilisateurs de drogues injectables (UDI) n'est estimé, ni la prévalence du VIH parmi ces derniers n'est disponible. Cette étude avait pour objectif d'estimer la taille en nombre d'UDI dans la Mairie de Bujumbura, la séroprévalence du VIH parmi les UDI, les facteurs de risques associés chez les utilisateurs de drogues ainsi qu'une évaluation de l'état de réduction des méfaits chez les UDI. La motivation du choix de la Mairie de Bujumbura était le fait que Bujumbura est de loin la plus grande ville du pays et qu'il au centre du trafic de drogues.

Une enquête ayant pour but d'atteindre tous les hotspots connus a été préparée. Deux passages ont été organisés dans chaque hotspot à 7 jours d'intervalle au mois de Mars 2017.

A l'issue de cette enquête, 12 hotspots ont été visités, un hotspot nous a refusé l'accès et deux autres hotspots ont été découverts juste après notre enquête. Au total 127 UDI ont participé à notre étude et 35 autres nous ont été rapportés des hotspots non visités. Parmi les 127 UDI, 48 % ont entre 18 et 24 ans, 93.7 % des 127 UDI ont commencé l'école primaire mais seulement 56.7 % ont pu terminer le niveau primaire de la formation. L'estimation du nombre d'UDI en Mairie de Bujumbura est de 175.

Les principales raisons évoquées qui ont poussé les UDI à la consommation des drogues sont principalement : l'influence des amis, l'influence de « la génération », esprit d'équipe, avoir eu envie de goûter, besoin d'énergie pour satisfaire au cours des relations sexuelles, besoin d'affirmation par les pairs, fréquentation des boîtes de nuit, vaincre les problèmes quotidiens et notamment pour avoir du sommeil, manque d'encadrement suite à la mort des parents, blessures dues au divorce des parents, mauvais voisinage avec des parents remariés, dilapidation de l'héritage familial au détriment de l'intérêt des enfants héritiers par des parents proches, situation d'extrême pauvreté, antécédents d'emprisonnements arbitraires/abusifs, expérimentation de scènes de violences horribles lors des conflits armés, antécédents de victime de violences sexuelles pour les filles, etc.

Presque tous les jeunes interviewés ont l'intention d'abandonner les drogues sans effets. Ils ont déjà fait plusieurs essais sans réussir mais le manque est insupportable. Les uns disent qu'ils ont vomi à mort, sont victimes d'une fièvre intense et irréductible, ne parviennent à rien faire. Les uns regrettent parce qu'ils sont au courant que leur vie est en danger, qu'ils sont des abandonnés de leurs familles, etc.

Parmi les UDI enquêtés, 10.2 % étaient séropositifs, 9.4 % avaient le virus de l'hépatite B tandis que 5.5 % avaient le virus de l'hépatite C. on a constaté que le partage des aiguilles

est un problème réel des UDI, l'usage de nouvelles aiguilles pour s'injecter n'est pas la préoccupation de beaucoup d'entre eux. De plus, le partage du contenu des seringues et les rapports sexuels non protégés sont une réalité qui occasionne beaucoup de nouvelles infections du VIH. Des séances de sensibilisation sont donc extrêmement nécessaires pour éviter les comportements à risque.

A côté de ces infections, l'insalubrité des lieux de consommation de la drogue injectable et les conditions de prise de cette drogue constituent une véritable piste de propagation de maladies infectieuses telles que les dermatoses, les infections respiratoires ainsi que les maladies des mains sales.

Concernant la réduction des méfaits du VIH chez les UDI, le constat est qu'il n'y a pas de structure appropriée pour les UDI sauf une clinique débutante qui est soutenue par le présent projet. De plus, l'environnement juridique limite la distribution officielle des aiguilles et seringues, l'absence ou insuffisance de formation des pairs éducateurs, la persistance de la stigmatisation, l'insuffisance des ressources financières et l'existence des barrières légales. Bien que le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida ait mis au point une bonne stratégie pour faire face au VIH notamment en permettant à tous les CDS d'offrir le dépistage volontaire du VIH et que les relais communautaires sont suffisamment sensibilisés pour la promotion du recours aux structures de soins, les UDI sont à l'abri de ces informations car ils ont tendance à vivre cachés et à ne pas recourir spontanément et ouvertement aux services de santé publics hormis ceux de quelques associations. Ainsi la peur d'être appréhendé par les forces de sécurité est un fait réel qui limite fortement l'accès aux services de santé.

La peur de la police est justifiée car, en effet, la plupart des UDI (77,2%) ont été maltraités par la police pour cause de consommation de drogues au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête et 75,6 % ont déjà été arrêtés par la police. Parmi ces derniers, 31,3 % ont été arrêtés 5 fois ou plus au cours de 12 derniers mois précédents l'enquête. De plus, presque la moitié des UDI (55,1 %) ont déjà logé dans les prisons.

Concernant la législation en matière d'usage de drogues et stupéfiant, le Burundi a ratifié la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, la convention de 1971 sur les substances psychotropes et la convention des Nations Unies contre le trafic de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. Ces conventions ont été intégrées dans le droit interne et sont donc applicables au même pied d'égalité que les dispositions du droit interne.

S'agissant du circuit de la drogue consommée au Burundi, il est décliné à travers le couloir ci-décrit : Inde/Pakistan, Océan Indien, Corne de l'Afrique, Kenya, Tanzanie, Burundi.

En outre, la drogue est piratée tout au long du circuit et mélangée avec d'autres produits, ce qui en augmente d'autant ses méfaits sur la santé qui se traduit par le développement

de graves infections difficiles à prendre en charge et le dosage n'est même plus possible ce qui occasionne des overdoses mortelles.

CHAPITRE I : OBJECTIF DE L'ETUDE

1. Introduction

La présente section décrit le protocole de recherche pour une évaluation rapide de l'état des lieux de la consommation des drogues injectables, les dommages causés par la consommation de drogues et les infections qui en découlent.

L'étude est menée avec l'appui du Fonds Global. Elle est exécutée par l'Alliance Burundaise contre le Sida et pour la promotion de la santé (ABS), sous l'appui technique de l'Université Londonienne d'Hygiène et de la Médecine Tropicale. (LSHTM)

2. Contexte et justification

Le plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2014-2017 présente les usagers de drogues injectables comme l'une des priorités pour les populations clés à haut risque de contamination du VIH. En effet, le risque de contamination du VIH chez les usagers de drogues injectables qui échangent des aiguilles s'accompagne de celui du virus de l'hépatite C (VHC) estimé à 700 pour 10000 avec une durée de vie dans une aiguille de 64 jours (PSI). Les résultats de l'étude « PLACE » indiquent une séroprévalence de 4,8% parmi les hommes qui font le sexe avec les hommes et de 21,3% parmi les travailleuses de sexe (PLACE, 2013). Bien que PLACE ne donne pas de chiffre pour l'estimation de la prévalence du VIH et de l'hépatite C, elle donne des informations intéressantes sur la consommation des drogues injectables dans les 12 derniers mois précédents l'étude en 2013:

- pourcentage de jeunes de 15-24 ans qui ont injecté : 0,1 % pour le sexe masculin et 0,7 % pour le sexe féminin,
- pourcentage de professionnelles du sexe qui ont injecté des drogues : 0,1 %,
- pourcentage des hommes qui font des relations sexuelles avec d'autres hommes qui ont injecté des drogues : 0,3 %,

PLACE rapporte également le niveau d'usage des drogues injectables en fonction du niveau de partenariat sexuel :

- les pourcentages des hommes en relation sexuelle qui ont injecté sont respectivement 0,5 %, 0,9 % et 1,3 % pour le faible niveau (1 ou pas de partenaire sexuel l'an passé), le niveau modéré (nouveau ou multiple partenaires l'an passé) et le niveau élevé (nouveau et multiple partenaires les 4 dernières semaines de

- l'étude),
- les pourcentages des femmes en relation sexuelle qui ont injecté sont respectivement 0,8 %, 0,0 % et 1,4 % pour le faible niveau (1 ou pas de partenaire sexuel l'an passé), le niveau modéré (nouveau ou multiple partenaires l'an passé) et le niveau élevé (nouveau et multiple partenaires les 4 dernières semaines de l'étude),

Ainsi, dans le cadre du projet régional « HIV AND HARM REDUCTION » financé par le Fonds Mondial, le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida en collaboration avec l'Alliance Burundaise contre le Sida et pour la promotion de la santé (ABS) vient d'effectuer une évaluation rapide sur le lien entre le VIH/SIDA et l'usage des drogues injectables au Burundi. Ceci a permis d'avoir des données de base utiles pour la planification et la prise de décision en rapport avec les objectifs 90-90-90 du système mondial de santé. Ces derniers consistent à réduire à zéro les nouvelles infections du VIH ; à améliorer la détection de VIH, VHC, TB jusqu'à 90% ; à améliorer l'accès aux ART jusqu'à 90% ; et à réduire la mortalité due au VIH, VHC, TB jusqu'à 90% nécessitent une approche intégrée au niveau des populations clés dont les usagers de drogues injectables.

L'objectif global dudit projet est d'accroître l'accès aux services essentiels de VIH et de réduction des méfaits pour les personnes qui consomment des drogues injectables.

Ses objectifs spécifiques consistent à:

1. Créer un environnement favorable pour soutenir les interventions de réduction des méfaits dans les pays d'Afrique de l'Est ;
2. Renforcer les systèmes communautaires pour une riposte soutenue au VIH chez les personnes qui consomment des drogues injectables en Afrique orientale, et
3. Générer et utiliser des informations stratégiques sur l'épidémie du VIH en liaison avec l'usage de drogues injectables dans la région.

3. Objectifs visés de l'étude

3.1. Objectifs

La présente étude s'est intéressée aux objectifs majeurs suivants:

- Collecter les données quantitatives et qualitatives existant (y compris l'estimation initiale de la taille) afin d'évaluer l'ampleur de la consommation de drogues en général et de drogues injectables en particulier, les dommages/risques liés à la santé.

- Etablir une recherche et une analyse pertinente des différents documents, recherches, études etc. qui existent sur le VIH et l'usage de drogues injectables;
- Faire une analyse comparative sur l'état de la réduction des méfaits des drogues injectables et du VIH
- Identifier des recommandations/orientations stratégiques devant constituer une plateforme pour initier un débat national consensuel sur la stratégie à adopter en vue de proposer une réforme concernant la pratique actuelle liée à la santé et en rapport avec l'usage de drogues injectables.

3.2. Attentes

L'évaluation permet au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et à ses partenaires dont l'ABS de disposer des données de base fiables pour une meilleure planification, une prise de décision ainsi qu'une bonne coordination des différents intervenants dans la mise en œuvre de cette composante de la lutte contre le VIH/SIDA et l'hépatite C.

3.3 Questions de Recherche

La vision de la recherche était de répondre aux questions suivantes:

- Quelle est l'effectif estimé des usagers de drogues injectables?
- Quels sont les méfaits de la consommation de drogues?
- Quelle est la prévalence du VIH et du VHC chez les UDI?
- Quels genres de services de réduction des méfaits disponibles pour le VIH et la consommation de drogues parmi les UDI?
- Comment est l'environnement juridique pour la réduction des méfaits du VIH et la consommation de drogues parmi les UDI?

3.4. Population et Zone d'Etude

L'étude vise les usagers de drogues injectables ayant 18 ans et plus qui ont injecté au cours de 3 mois précédents cette étude. Au Burundi, l'injection de drogues est prohibé et de là les usagers de drogues évitent des contact et essaient d'éviter tout contact avec les agences officiels. L'implication de leurs paires sera donc incontournable.

A cause des contraintes de durée et de coût de l'étude, seule la Mairie de Bujumbura, la capitale burundaise a fait l'objet d'étude car elle est considérée comme regroupant la plus grande partie des consommateurs de drogues injectables.

CHAPITRE II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1. Méthodes de Collecte de Données

Cette étude a adopté une approche mixte utilisant les données quantitatives et qualitatives pour obtenir l'évaluation rapide et l'estimation de la taille.

Les méthodes qualitatives ont été utilisées pour l'évaluation rapide tandis que pour l'estimation de la taille, les méthodes quantitatives et qualitatives étaient utilisées conjointement. Ces approches ont été utilisées pour:

- Comprendre la nature des problèmes de drogue et les facteurs qui favorisent la consommation de drogues;
- Comprendre les conséquences et les facteurs néfastes sur la santé et les facteurs qui les influencent;
- Identifier les ressources qui sont ou pourraient être disponibles pour répondre aux problèmes de drogue;
- Identifier les interventions qui sont socialement, culturellement, religieusement et politiquement appropriées;
- Estimer la taille de la population des usagers de drogues.

2. Méthodes Qualitatives et Cible

Parmi les méthodes qualitatives mises à contribution, on cite : les entrevues structurées et non structurées avec des informateurs clés, l'observation, la fouille des informations existantes ainsi que les discussions de groupes.

Mapping géographique des points chauds

Avant l'enquête, un mapping géographique des points chauds était fait selon une approche participative. Les bénéficiaires ont été mis à contribution.

Avec l'aide du réseau national des usagers de drogues injectables, une liste de tous les points chauds a été faite et communiquée aux coordinateurs de l'étude. La liste se prétendait d'être exhaustive.

Interview avec des informateurs clés

Entre autres informateurs clés, on cite :

- Les forces de sécurité impliquées dans la lutte contre l'usage de drogues ;
- Les centres de santé qui prennent en charge des usagers de drogues ;
- Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida en charge de la toxicomanie ;
- Les organisations de la communauté impliquées dans la lutte contre l'usage de drogues ;
- CNLS ;
- Membres du parlement ;
- ONUSIDA ;
- Un membre du réseau des UDI.

Groupe de discussion

Les groupes de discussion ont été organisés pour les usagers de drogues (8 participants), les anciens usagers de drogues (8 participants) et les prestataires de services de santé (10 participants).

Fouille des données existantes

Les données recueillies systématiquement par des organismes gouvernementaux, des centres de santé, les chercheurs universitaires et les rapports des ONG étaient visées pour consultation. Néanmoins aucune étude d'envergure sur la thématique de cette étude n'a été trouvée si ce n'est que quelques informations qui ont guidé dans la conception des outils de la présente étude.

Observations

Au cours des interviews, des discussions en groupes ou encore pendant l'administration du questionnaire, toute information tirée des observations a été notée. Il s'agissait principalement des informations sur le profil de l'endroit et le contexte de l'activité de l'utilisateur de drogue dans la région.

3 Collecte de Données Quantitatives

La méthode capture-recapture a été appliquée. Cette méthode implique deux passages dans les mêmes endroits d'enquête. Deux passages ont été effectués dans tous les points chauds identifiés pendant le mapping. Tous les usagers de drogues qui se sont présentés sur le site pendant la journée ont été recrutés pour l'enquête et tous ont signé le formulaire de consentement et par conséquent, tous ont été élus pour l'étude en donnant d'abord l'échantillon de sang et puis, par l'administration d'un questionnaire bien conçu pour recueillir toutes les informations nécessaires sur l'usage de la drogue. Un code d'identification unique a été distribué à chaque participant. Ce code, donné en trois exemplaires était utilisé sur l'échantillon de sang : un code pour coller au tube de l'échantillon de sang et un autre code pour communiquer les résultats des tests. Celui-ci était collé en face des résultats sérologiques. Toute cette codification était faite pour éviter les erreurs de saisie car en effet, pour enregistrer ces codes, ils étaient scannés. La copie du code qui reste était laissée au participant et était utilisée pour remettre le résultat du test.

Le sang prélevé était amené au Centre National de Transfusion Sanguine pour analyse et test du VIH et des hépatites B et C. Un membre du centre a accompagné tout le processus pour s'assurer que le protocole en vigueur en matière de dépistage est respecté.

Un système de counseling était effectué avant et après le test. D'autres services de santé tels que les références appropriées étaient fournis. Pour le VIH, les participants seront référés sur les sites : Hôpital Prince Régent Charles, Hôpital Roi Khaled, SWAA, ANSS, RAMA au Quartier asiatique, FWA à Kamenge, etc. Pour l'hépatite C, les références se feront à l'hôpital Prince Régent Charles, à l'hôpital Roi Khaled, à l'Hôpital Militaire de Kamenge ainsi que les hôpital POLYCEB, BUMEREC et KIRA.

La méthode de boule de neige était appliquée pour le recrutement dans le sens où les enquêteurs restaient dans un même hotspot pendant toute la journée et les enquêtés étaient conscientisés pour recruter leurs pairs.

Le second passage était fait après 7 jours pour chaque hotspot. Les mêmes méthodes et activités étaient reproduites à l'exception de l'échantillon de sang pour les seuls usagers de drogues injectables qui avaient participé au premier tour.

Au cours de l'enquête toutes les données observables étaient recueillies.

4 Méthodologie d'analyse sérologique

Les échantillons prélevés au cours de cette activité ont tous été testés par les tests Elisa de la nouvelle génération qui sont accrédités par l'OMS. Pour le HIV, on a utilisé, on a utilisé le test combiné dénommé Genscreen HIV1/2 Ag-Ac Ultra, l'HVB par le Monolisa Ag Hbs ultra et Murex anti HCV V4.0. Les échantillons trouvés positifs étaient soumis à une deuxième détermination.

Ces analyses biologiques ont été effectuées par des professionnels du CNTS tout en respectant le protocole national.

5 Recrutement des auxiliaires de terrain et formation

Les auxiliaires de terrain sont constitué des :

- enquêteurs pour remplir les questionnaires,
- prestataires de soins de santé pour faire les tests rapides pour le VIH et le VHC,
- superviseurs / preneurs de note de terrains
- usages de drogues, qui sont les paires des cibles recrutés pour guider et faciliter le contact.

Les enquêteurs et les superviseurs, ont été recrutés sur base de leurs expériences avérées dans l'exécution et le management des activités d'enquêtes de terrain et triés d'une base de données du consultant. Les prestataires de soins de santé étaient fournis par le CNTS et le JCM, clinique partenaire de l'ABS. Les paires des usagers de drogues injectables étaient fournis par le réseau des UDI.

Une formation des auxiliaires de terrain a été faite dans l'objectif:

- De fournir aux concernés les connaissances nécessaires pour conduire l'enquête : les attentes de la recherche, le groupe cible et la méthodologie de travail avec la cible, les différents partenaires dans l'enquête, etc.
- De fournir à l'équipe une occasion de discuter sur tous les aspects de l'étude, des problèmes potentiels, des questions d'éthique,
- d'encourager les auxiliaires de terrain à prendre conscience de l'influence de leurs attitudes et de leurs valeurs ajoutée sur les résultats de l'étude,

- de discuter sur les différents outils de travail entre autre le guide de l'enquêteur qui retrace les bonnes pratiques et les règles de conduite pour respecter l'éthique, la structure du questionnaire en insistant sur la formulation adéquate des phrases et termes à utiliser pour le respect de l'enquêté ainsi que la structure des saut dans le questionnaire
- la simulation des activités de terrain par des jeux de rôle.

6 Outils de Collecte de Données

Au total, et comme indiqué dans le tableau ci-dessous, un certain nombre d'outils de collecte de données ont été développés pour être administrés au cours de l'étude de base pour la collecte de données par rapport aux indicateurs de projet.

Outils de collecte de données	
Outil 1	Questionnaire d'usagers de drogue
Outil 2	FGD avec les usagers de drogues
Outil 3	FGD avec les anciens usagers de drogues
Outil 4	FGD avec les prestataires de soins
Outil 5	Formulaires d'identification et de consentement
Outil 6	Formulaire d'observation

7. Développement d'Outil, Pilotage et Finalisation

Les outils ont été développés selon les principes de l'utilité et de la reproductibilité, afin de favoriser leur utilisation répétée dans la suite pour les futures sessions de collecte de données. Dans leur développement, les outils étaient partagés et les commentaires ont été intégrés avant le pilotage et la finalisation.

Une étude pilote était faite pour vérifier la validité des questions et leur capacité à ramener les informations nécessaires et de mesurer la dimension du questionnaire pour être en mesure d'estimer le temps nécessaire à l'enquête et de gérer efficacement les agents enquêteurs.

Les commentaires ont été recueillis pour enrichir les questionnaires finaux et les guides

de discussion en groupes. Une version électronique du questionnaire a été alors conçue en EpiCollect+ et déployée sur des smartphones pour la collecte de données.

8 Le comité de Pilotage

Un comité de pilotage a été désigné pour assister et guider les chercheurs depuis la formulation des objectifs de la recherche. Il a validé les outils de la recherche et sera impliqué dans la dissémination des résultats de cette recherche. Elle est composée des partenaires provenant des secteurs publics et privés, des organisations de la société civile et des agences des nations unies.

9 Rôles et Responsabilités dans la Collecte de Données

Cette section décrit les différents rôles lors de la collecte de données, le nombre d'enquêteurs, etc.

Chaque équipe de travail était composée d'un superviseur, deux prestataires de soins pour le prélèvement de sang et le counseling, deux agents enquêteurs pour administrer les questionnaires. A chaque point chaud, un guide choisi parmi les usagers ou anciens usagers de drogue était impliqué. Trois équipes ont été mobilisées pour la tâche et un personnel du CNTS était impliqué et avait la charge des échantillons de sang collectés dans tous les hotspots.

Guide-paire

Le guide était un élément clé dans cette enquête. Recruté par le réseau des UDI, il est un usager de drogue connu dans le hotspot. Il avait la responsabilité de guider l'équipe jusqu'au point chaud et c'est lui qui essayait de convaincre les responsables des points chauds pour accepter l'équipe d'enquêteurs. C'est également lui qui commençait à préparer les UDI se trouvant dans le point chaud pour accepter et ne pas avoir peur des enquêteurs.

Ses activités sont les suivantes:

- guider l'équipe pour atteindre le point chaud,
- introduire l'équipe et, avec l'aide du superviseur, convaincre l'usager de drogue qu'il n'y a pas d'inconvénients à participer à l'enquête et leur montrer les avantages de la recherche pour la communauté des usagers de drogues.

Superviseur

Le superviseur, également preneur de notes d'observation, était responsable de:

- la présentation des objectifs de recherche aux utilisateurs de drogues avant le recrutement,
- avec l'aide du guide, convaincre les utilisateurs de drogues à participer à l'enquête et expliquer l'inexistence de danger de la participation à l'étude et le bienfait pour la communauté des usagers de drogue,
- de l'orientation de l'usager de drogues aux enquêteurs responsables de l'échantillon de sang,
- de la vérification de la cohérence du nombre de tests sanguins, des questionnaires, d'identifiants et des formulaires de consentement à chaque endroit et à la fin de l'enquête dans le point chaud,
- description des conditions et des lieux de consommation des drogues et production d'un rapport synthèse des constats sur les coulisses de la consommation des drogues.

Prestataires de soins (tests rapides VIH, VHB et VHC)

Ils sont responsables des kits pour l'échantillon de sang, des tests pour le VIH et de l'hépatite C, des résultats des tests et de la conservation de des échantillons avant de les passer au personnel du CNTS. Ils ont également la responsabilité de donner les résultats et de faire le counseling pré et post test. Ils doivent communiquer le résultat sérologique correspondant à tout numéro d'identification aux enquêteurs

Après avoir pris un échantillon de sang, ils passent les participants aux autres agents enquêteurs de collecte de données sur le comportement, la perception, la connaissance, l'aptitude et l'étude de la pratique au moyen de questionnaires conçus.

Enquêteurs

Ils sont responsables de l'administration des questionnaires à l'aide de dispositifs électroniques appropriés. En effet, les questionnaires seront conçus pour recueillir les données en utilisant des smartphones.

Pour réduire les erreurs inhérentes à la saisie, l'identifiant unique était scanné et le système n'avancait que lorsque le code est bien lu pour permettre la collecte de données à poursuivre.

10 Qualité des Données (saisie des données, nettoyage, etc.)

La qualité des données est vérifiée à tous les niveaux de collecte de données. La première étape consiste à contrôler l'identifiant unique. Il est important de vérifier chaque code parce qu'une erreur dans ce code bloque tout appariement des résultats de la sérologie et des données sur le comportement. Dans les questionnaires sur les appareils électroniques, les identifiants seront scannés pour permettre l'accès aux questions du questionnaire.

Au cours de la conception du questionnaire électronique, un programme approprié était conçu pour contrôler les sauts dans les questions et les questions obligatoires.

Une deuxième étape de nettoyage de données et de validation était appliquée au cours du processus de collecte des données: les données seront recueillies en direct sur un serveur. Grâce à une connexion internet qui était établie en permanence, une analyse à la volée était faite et le chercheur pouvait visualiser les résultats sur son smartphone pour vérifier des incohérences dans les données. Un appel à l'agent enquêteur qui est responsable des données incohérentes se faisait en cas de nécessité.

Une dernière étape de vérification des données est effectuée avant et en cours d'analyse des données où un programme approprié est écrit dans le logiciel SPSS.

11 Analyse des Données

Les données ont été analysées en utilisant SPSS. L'analyse est faite pour répondre à tous les besoins des objectifs et pour produire des valeurs de référence pour l'évaluation future.

L'estimation de la taille d'UDI en mairie de Bujumbura est faite avec le package « Rcapture » du logiciel R. Trois modèles sont développés et comparés pour déduire le meilleur qui réduit le biais dans l'estimation. La discussion repose sur l'effet des frais utilisés sur la proportion de participation à chacun des phases de l'enquête.

Le premier modèle suppose l'indépendance de tout facteur dans la participation à l'enquête (M_0), le second tient compte du facteur « temps » et le troisième se propose d'inclure dans le modèle un changement de comportement potentiel dû aux frais utilisés (M_b).

12. Considérations Ethiques

Le protocole a été soumis au comité d'éthique national pour approbation et en a reçu l'approbation. La volonté, la dignité, la confidentialité et l'anonymat sont notre engagement et seront garantis et les participants acceptent de participer librement.

Les questions étaient conçues pour répondre aux normes de formulation qui respecte la

dignité et les agents enquêteurs seront formés pour respecter la dignité des participants à l'enquête.

La confidentialité et l'anonymat étaient respectés parce qu'aucun nom ne sera enregistré sur les questionnaires. Un code anonyme (identifiant unique) sera utilisé à la place des noms.

CHAPITRE III. RESULTATS ET DISCUSSIONS

1. Description de l'échantillon

Bien que le terme « échantillon » soit utilisé, il ne s'agit pas à réellement parler d'un échantillon au sens classique. En effet, l'enquête visait tous les UDI présents dans les hotspots et tous les usagers de drogues injectables fréquentant le hotspot étaient appelés via le recrutement de type « boule de neige ». Et puisque les usagers se connaissent et sont connus grâce au réseau BuNPUD, dans certains endroits, tous les UDI ont été recrutés. Le terme « échantillon » est gardé car les conclusions qui seront déduites de cette analyse vont permettre de faire une inférence statistique sur les UDI de demain. De plus, il y en a, certes un petit nombre d'UDI qui n'ont pas participé à cette étude.

Le tableau 1 montre les caractéristiques des UDI qui ont participé à cette étude. Avant l'interprétation des résultats du tableau 1 il convient de préciser que 12 hotspots ont été identifiés comme étant les seuls où se rencontrent les UDI. Néanmoins d'autres hotspots cachés ou des endroits privés existent mais n'ont pas accepté de prendre part à l'étude bien qu'ils aient accepté de fournir les informations nécessaires sous couvert d'anonymat. Après l'enquête nous avons également eu connaissance d'un autre hotspot et le nombre d'UDI du hotspots seront rapportés dans ce rapport.

1.1. Distribution des UDI selon les hotspots

Parmi les 12 hotspots 6 se situent dans la zone urbaine de Buyenzi. En conséquence, plus de 69 % des UDI fréquentent les hotspots de Buyenzi. Il est important de signaler à ce niveau que les UDI fréquentant Buyenzi ne sont pas tous de Buyenzi. En effet, étant le principal lieu d'approvisionnement, les UDI des différents quartiers s'y rendent pour s'approvisionner. Il s'agit principalement des UDI de Kamenge, Kibenga, Kanyosha, Gihosha et Kinama. Buyenzi est un carrefour de la consommation de drogue à cause de sa population très nombreuse et de diverses nationalités mais également la rivière Ntakangwa y est un atout pour la consommation de la drogue.

La description des points chauds que nous appelons de temps en temps « hotspots » est faite dans la section 2.1.

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

Caractères et Modalité	Effectif	%
Zone		
Buyenzi	88	69,3
Bwiza	18	14,2
Kamenge	4	3,1
Kanyosha	8	6,3
Ngagara	9	7,1
Total	127	100,0
Tranche d'âge		
Moins de 18 ans	11	8,7
18 à 24 ans	61	48,0
25 à 29 ans	22	17,3
30 à 34 ans	11	8,7
35 à 39 ans	10	7,9
40 ans et plus	12	9,4
Total	127	100,0
Sexe		
Masculin	118	92,9
Féminin	9	7,1
Total	127	100,0
Orientation sexuelle		
Hétérosexuel	119	93,7
Homosexuel	2	1,6
Bisexuel	1	,8
Non réponse	5	3,9
Total	127	100,0
Niveau de formation atteint		
Aucun	8	6,3
Primaire non complet	47	37,0
Primaire complet	7	5,5
Secondaire non complet	44	34,6
Secondaire complet	18	14,2
Université	3	2,4
Total	127	100,0
Statut marital		
Marié	11	8,7
Divorcé	19	15,0
En relation stable non officielle	3	2,4
Célibataire	94	74,0
Total	127	100,0
Résidence		
Maison ou chambrette propre	8	6,3
Maison ou chambrette louée	24	18,9
Dans la famille	28	22,0
Hébergé par quelqu'un	10	7,9
Avec les amis	29	22,8
Pas de domicile fixe	15	11,8
Trottoirs/ Rue	13	10,2
Total	127	100,0
Activités génératrices de revenu		
Taximan	3	2,4
Mécanicien	18	14,2
Fonctionnaire	1	,8
Commerçant	4	3,1
Travailleuse de sexe	4	3,1
Umukarani	7	5,5
Sans travail	78	61,4
Autre	12	9,4
Total	127	100,0

1.2. Distribution des UDI selon l'âge

Les UDI se recrutent à tous âges. Une grande portion des UDI, 48.0%, ont entre 18 et 24 ans. Cet âge, qui est la pleine jeunesse est la plus menacée par les drogues alors que c'est l'âge de scolarisation. Ils sont alors obligés d'arrêter les études et sont délaissés par leurs familles et commencent la vie de délinquance.

Des jeunes de moins de 18 ans ont été retrouvés parmi les UDI. Evalués à 8.7 % de tous les UDI, ces jeunes, sauf un seul ont un niveau de formation, allant du primaire non complet au secondaire non complet. Ces enfants, pour la plupart, ne sont plus logés sous le toit familial. En effet, seuls 2 sur les 11 logent dans leur famille et les autres vivent avec leurs amis ou dans la rue.

Le plus jeune avait 13 ans et le plus vieux en avait 54 ans. La proportion d'adultes n'est pas non plus négligeable. En effet, les UDI ayant 40 ans et plus représentent 9.4 % de tous les UDI.

Selon les discussions avec nos informateurs clés, le groupe cible est constitué de jeunes (garçons et filles) entre 10 et 35 ans. Ce groupe est réparti en :

- Jeunes qui ont une vie difficile en raison de divers facteurs de vulnérabilité (orphelins en bas âge, le sentiment d'abandon consécutif au divorce des parents, ou associé à un délitement familial notamment) ;
- Jeunes issus de familles aisées qui conçoivent le monde comme un petit eldorado où ils croient pouvoir toucher à tout souvent sous l'influence d'une compagnie de consommateurs de drogues.

Un autre groupe des adultes de 35 ans et plus est également visé. Celui est composé de ceux qui ont commencé à faire l'usage de la drogue dans leur adolescence et qui n'ont pas pu s'en départir.

1.3. Distribution des UDI selon le sexe

Très peu de filles et femmes se sont retrouvées dans notre échantillon. Seules 9 sur les 127 UDI étaient de sexe féminin. Les filles n'étaient visibles dans les hotspots. Elles ne sont pas nombreuses à atteindre le stade d'injection ou si elles s'injectent, elles le font en clandestinité et ne sont pas connues du milieu des drogues injectables.

A côté du sexe biologique, il est intéressant d'en savoir plus sur leur orientation sexuelle. Il a été constaté que presque 94 % des UDI sont hétérosexuels. Un UDI a témoigné que l'héroïne a des effets sur l'envie sexuelle de sorte la sexualité n'est plus un besoin important. De ce fait, l'orientation sexuelle n'est plus une préoccupation chez les UDI qui ont déjà atteint d'état de forte dépendance.

Une autre raison possible que les UDI étaient, dans l'échantillon presque exclusivement hétérosexuels est que les homosexuels, les lesbiennes, transgenre et bisexuels ont leurs propres lieux de rassemblement qui sont plus cachés et sont donc inaccessibles.

1.4. Niveau de formation des UDI

Les UDI ont en majorité fréquenté l'école. En effet, 93.7 % d'entre eux ont commencé l'école primaire mais 56.7 % ont pu terminer le niveau primaire de la formation. 34.6 % n'ont pas pu terminer le niveau secondaire mais l'ont néanmoins fréquenté. Seuls 16.6 % ont terminé le secondaire et 2.4 % ont atteint l'université. Dans la section d'étude de cas, un de ceux qui ont atteint le niveau universitaire témoigne comment il n'a pas pu continuer ses études à cause de la drogue.

1.5. Statut marital des UDI

74.0 % des UDI sont célibataires et 15.0 % sont divorcés tandis que 8.7 % sont mariés. Cet état-civil est logique car la plupart des UDI sont des jeunes d'entre 18-24 ans et seul 25 % ont 30 ans et plus.

En liant le statut marital à l'âge, on constate que 52.7 % des divorcés ont 35 ans et plus

1.6. Lieu de résidence

L'analyse du lieu de résidence n'a de sens que quand elle est faite en fonction de la tranche d'âge. Parmi les moins de 18 ans, 18.2 % vivent dans leur famille tandis que 45.5 % vivent avec leurs amis et 27.3 % vivent sur les trottoirs et dans les rues. La même tendance s'observe parmi ceux qui ont entre 18 et 24 ans. En effet, alors que 24.6 % seulement vivent dans leur famille, les autres vivent avec leurs amis (en louant une chambrette (13.1 %, en se faisant héberger (29.5%) ou sur les trottoirs (13.1%)). D'autre, 14.8 % n'ont pas de domicile fixe. Il découle de ce qui précède que les jeunes qui s'injectent ont tendance à s'éloigner du domaine familial car, à cet âge, les jeunes

devraient être encore sous le toit familial. On comprendra dans les témoignages pourquoi et comment ils en arrivent à sortir de la maison.

1.7. Source de revenu

La majorité des UDI (61.4 %) n'ont pas de travail tandis que les autres se retrouvent avec les métiers tels que mécaniciens et les petits travaux : lavage, transports de bagages, collecte d'objet en métal, etc. D'autres sont encore des élèves et vivent à la maison.

A la question de savoir comment ceux qui n'ont pas de travail parviennent à survivre et à acheter leurs doses de drogues, les réponses les plus citées sont le vol (39.7 %), mendicité dans les rues (11.5 %), support des parents (12.8%), aide des amis (14.1%).

2. Etat de la consommation de la drogue injectable

Cette section essaie de décrire les contours de la consommation des drogues. D'abord, on essaie de décrire les lieux de consommation et des méthodes de consommation des drogues avant de parler des drogues et de l'histoire de consommation des drogues.

2.1. Description des lieux de consommation

Premier Point Chaud

C'est une chambrette se trouvant dans une parcelle dans laquelle se trouvent d'autres maisons louées. Le locateur de cette chambrette est un homme de plus de 50 ans habitant avec sa femme et plus de 5 autres consommateurs de drogues dont deux filles vendeurs de sexe. Cet homme est un consommateur de drogue depuis 27 ans et sa femme depuis 20 ans.

Dans cette chambrette se trouve des restes du tabac, une boîte d'allumettes, des papiers aluminium et des restes des cartons des bougies.

La parcelle dans laquelle se trouve cette chambrette, est à l'extrémité du quartier au bord de la rivière Ntakangwa. Tout près de cette rivière se trouve des immondices.

Une bonne cohabitation caractérise tous les locataires d'autres maisons parce qu'ils n'ont pas réagi à la vue de beaucoup d'UDI qui répondaient à notre appel. Les usagers qui voulaient se reposer pouvaient aller dormir dans l'une des maisons.

Bien qu'au début, à notre arrivée le propriétaire de la parcelle, qui est aussi un

administratif à la base « Nyambakumi » a voulu déstabiliser notre activité arguant qu'il n'était pas informé alors qu'il est chef, il a fini par comprendre notre mission et nous a laissé travailler librement.

Deuxième Point Chaud

Petite maison obscure avec une seule porte sans fenêtre composée d'une chambre et d'un salon. Les ustensiles de cuisine sont conservés au salon, le toit de cette maisonnette est fait par de vieilles tôles.

C'est une maisonnette isolée se trouvant au bord d'une vallée qui se verse dans la rivière Ntakangwa elle est entourée par beaucoup d'herbes, des faux manguiers, des bananeraies, un petit champ de maïs ainsi que des roseaux et à côté d'elle il ya une toilette au bord de cette vallée. Tout près de ce hotspot, sous un arbre se trouve un autre ligala (hotspot) des consommateurs de cannabis. Peu de gens savent qu'il peut y avoir une maison dans cet endroit. Pour y arriver on emprunte un petit chemin glissant difficile d'accès quand il y a de la pluie.

Troisième Point Chaud

C'est une chambrette d'environ 2m sur 3m construite en matériaux non durables (les briques adobes). Elle est couverte d'une toiture très usée et quand la pluie tombe, des gouttelettes d'eau tombent à l'intérieur de la chambrette en passant par les trous de la toiture. Elle n'est pas éclairée et même pendant la journée la lumière n'y pénètre pas car la chambrette est sans fenêtres.

A l'intérieur de la chambrette, il ya un petit matelas usé. Une famille, composée du mari et sa femme avec un bébé de huit mois vit dans cette chambrette. On y trouve aussi un brasier, une casserole, quelques gobelets, des habits accrochés sur le mur. Pour prendre la drogue, les usagers s'assoient autour des seaux en plastique. Il y avait un seau contenant de l'eau dans laquelle les usagers trempent le papier (servant d'emballage de la cigarette) pour enlever la composante d'aluminium. Le papier en aluminium est utilisé lors de la prise de l'héroïne par la méthode sur brûlis.

Devant la chambrette se trouve un autre endroit caché. Les tentes usées couvrent cet espace servant de milieu de refuge. C'est dans cet endroit que les usagers des drogues injectables et les autres usagers utilisant d'autres méthodes s'assoient autour d'un cercle. Il y avait aussi un morceau de bois et des pierres sur lesquels ils peuvent s'asseoir.

L'accès au point chaud n'était pas facile car les usagers doivent se cacher. Ils viennent un à un pour éviter des attroupements autour du point chaud.

Parmi les usagers, il y avait une jeune fille et une femme avec un bébé de huit mois. Le bébé était malade, il a vomi et la femme nous a dit que en cas de manque « lost ou traque », le bébé est aussi touché. Par ailleurs, même l'éjection du lait maternelle n'est plus possible en cas de manque, nous a-t-elle dit.

Quatrième Point Chaud

Le hotspot est aménagé dans un bistro qui se trouve tout près de la rivière Ntakangwa, dans un coin obscur de ce bistro. Au moment de l'enquête, des drogués étaient en sommeil, allongés sur des planches en bois qui se trouvent par terre, d'autres à côté discutent à propos des consommateurs des drogues. Les uns disent que les consommateurs des drogues sont maudits, d'autres les défendent en disant que se sont des personnes comme les autres.

Un enquêté somnole au moment de l'entretien avec l'enquêteur, il passe au moins 3 minutes sans répondre, après il reprend l'entretien comme si rien ne se passait. D'autres sont en train de fumer des drogues dont on ne connaît pas la nature.

D'autres enquêtés restent attentifs durant tout l'entretien avec nos enquêteurs. Un enquêté porte sur le dos un petit sac noir à l'intérieur duquel, il y a un emballage de l'eau minérale kinju (emballage en plastique d'eau minéral d'une capacité de 50 cl). On y a rencontré 7 consommateurs de l'héroïne injectable.

Les consommateurs des drogues et le vendeur s'asseyent soit par terre, soit sur les morceaux de bois ou des chaises abimés, soit sur les pierres. Pendant les heures de pointe, c'est-à-dire les heures d'approvisionnement, on peut trouver jusqu'à une vingtaine des drogués, les uns en train de s'injecter, les autres en train de préparer leurs produits, les autres encore sont en train de consommer soit du tabac, soit du cannabis (ganja), soit du cocktail.

Cinquième Point Chaud

Ce hotspot se trouve à l'intérieur du quartier, dans un bistro-restaurant. C'est une chambrette qui est construite en matériaux semi-durables ayant une porte en bois. Il y a des bancs à l'intérieur. Il y a de la peinture sur les murailles de la chambrette dont on ne peut pas identifier la couleur ; il y a aussi du faux plafond dans cette chambrette.

Nous avons passé tout l'avant-midi sans avoir un consommateur de l'héroïne injectable qui arrive mais les consommateurs des autres drogues viennent massivement pour nous demander de les prélever afin de faire le test au VIH/SIDA. C'est vers 13 h que deux usagers de l'héroïne injectable de sexe féminin arrivent dans ce hotspot. Elles sont trop maigres, leurs habits sont sales et portent des babouches usées. Après quelques minutes, les autres usagers de l'héroïne arrivent dans le hotspot. Parmi eux, il y a un usager qui

me déclare qu'il s'injecte du produit alcoolique vodka. Parmi les usagers, les uns somnolent et les autres restent lucides. Les consommateurs de la boisson locale « urugombo » dansent d'ivresse devant le hotspot.

Sixième Point Chaud

La parcelle dans laquelle se trouve le point chaud est située à moins de 500m de la rivière Ntakangwa. Dans la parcelle, il ya une maison construite en matériaux durable. Une famille (les enfants et leur mère) occupe cette maison. Parmi ces enfants, il ya des élèves de l'école secondaire. Devant la maison, une cabane couverte d'un côté de tentes très usées et d'un autre côté de sachet et carton. Les murs sont formés de feuilles des faux palmiers. A l'intérieur de cette cabane, il ya trois chaises en bois couverts de peaux de vaches, appelées communément « songabugali ». C'est cette cabane qui sert de point chaud. La parcelle est clôturée par l'enclos fait de feuilles de faux palmiers et des arbres d'espèces *Molinga oleifera*. Derrière la parcelle, il ya un terrain de basket. C'est un espace de jeux pour les enfants. Dans la cabane, les gens viennent y prendre de la bière locale appelée communément l'« Isongo ». Donc, l'endroit est un cabaret mais les usagers y prennent de la drogue à l'insu du propriétaire. Les usagers s'approvisionnent de la drogue ailleurs et ne viennent dans cet endroit que pour prendre la drogue et se reposer dans cet endroit apparemment calme. Les usagers peuvent s'asseoir à l'intérieur de l'enclos ou à l'extérieur, sur le terrain de Basketball.

Septième Point Chaud

Le hotspot est aménagé à l'intérieur d'une autre maison qui sert comme restaurant. C'est un espace d'un mètre carré. Les murs, la toiture et la porte sont constitués par les roseaux et un sachet noir en polystyrène. Dans ce hotspot, nous avons trouvé des enfants, des élèves du secondaire, des handicapés des membres inférieurs et supérieurs, des femmes enceintes et des hommes. On y trouve aussi les UDI d'autres nationalités comme les Omanais.

Les uns sont en train de fumer, les autres sont entrain de consommer de l'héroïne sur brulie, d'autres encore entrain d'acheter de l'héroïne à s'injecter, les autres sont en sommeil.

Il y a d'autres aussi, qui viennent dans des voitures pour s'approvisionner en drogues, même les policiers visitent ce hotspot. Le vendeur sort de temps en temps du hotspot pour voir s'il y a quelqu'un qui arrive. Certains entrent prétendant être des demandeurs de quoi manger alors qu'ils viennent s'approvisionner en drogue. Il y en a qui achètent et consomment directement dans ce hotspot, et d'autres qui achètent pour consommer après quand ils seront à ailleurs.

Toute la journée, le hotspot est plein des consommateurs des drogues. Les fumés des drogues et du tabac sont plein à l'intérieur du hotspot. On observe un nuage de mélange du tabac, du cannabis, du cocktail, de l'héroïne sur brûlis etc. La température y est insupportable suite au nombre très élevé de consommateurs dans un endroit très exigu et complètement fermé. En tant qu'un non usager de drogue, il est très difficile d'y rester pendant une demi-heure sans sortir à l'extérieur pour prendre l'air pur.

Des enfants de moins de 15 ans sont dans ce hotspot et étaient en sommeil suite aux drogues consommées. Ils étaient allongés par terre en dessous des jambes des hommes qui sont en train de consommer de l'héroïne sur brûlis.

Points Chauds 8,9 et 10

Ces points chauds n'ont pas été documentés car les responsables, qui sont vendeurs n'ont pas accepté que les équipes d'enquêteurs s'entretiennent avec les UDI. Ils ont tenté de nous convaincre qu'ils ne font plus ce business dans ces endroits. Malgré l'instance et les preuves qu'il n'y a pas de suites néfastes dues à notre passage ils n'ont pas accepté et les équipes sont allées travailler dans un centre de santé des environs et les guides qui étaient des pairs-éducateurs orientaient les UDI vers ce centre de santé. Il nous a été rapporté que le vendeur avait enfermé des UDI qui s'endormaient dans le hotspot à notre passage. Néanmoins les trois hotspots qui étaient par ailleurs voisins ne différaient pas d'autres vus ailleurs, L'un, vu de l'extérieur était une maison en dur mais on ignore le hotspot qui se trouvait à l'intérieur de l'enceinte. Les autres étaient de très petites cabanes faites de roseaux et couvert de sachet noir pour toiture à côté de la route.

Onzième Point Chaud

Ce hotspot est fait de maisons dont la construction n'est pas achevée et qui ont été abandonnées. Les usagers se cachent derrière ces maisons. Il est situé près de la rivière Nyabagere (lieu de refuge en cas de poursuite par des policiers). Certains usagers s'assoient sur des pneus usés et les autres sur la fondation de ces maisons inoccupées. À côté du point chaud, une dame prépare la nourriture qu'elle vend aux passagers et ces usagers s'y approvisionnent également.

Arrivé dans le point chaud, un usager salue les autres par des gestes (amacensi). Puis, il regarde une place vide, les autres l'aident à trouver une place en se serrant. Les usagers jettent les déchets par terre ou dans des gobelets servant de poubelles. Ils crachent par terre. Les uns fument la cigarette, les autres inhalent la fumée par la méthode sur brûlis. Les usagers jouent au jeu de dame.

Douzième Point Chaud

Le hotspot se trouve chez le fournisseur. Les UDI s'approvisionnent dans un kiosque se trouvant dans une parcelle où il ya deux maisons. La clôture de cette maison est faite par de roseaux. Au coin, derrière ce kiosque il y a un petit arbre avec des feuilletts produisant un abri, c'est là alors où ils s'assoient pour s'injecter ou consommer de la drogue. Ce hotspot est au milieu dans le quartier. Les jeunes rencontrés sur ce hot spot étaient très inquiets d'être interviewés, l'équipe a fourni beaucoup d'effort pour leur faire entendre qu'il n ya pas de conséquences. Les UDI de ce hotspot étaient en majorité des élèves et étaient propres contrairement aux UDI dans la plupart des hotspots.

Observations générales sur les hotspots

L'exiguïté des chambrettes formant les points chauds est révélatrice de la contagion par les maladies comme la tuberculose tandis que le manque de propreté qui les caractérise conduit les UDI à différentes maladies dont les maladies des mains sales.

2.2. Comment les UDI s'injectent-ils: résultats des observations

Ils mélangent la poudre d'héroïne avec l'eau dans un bouchon de la bouteille d'eau minérale. Ils utilisent l'eau du robinet en cas de manque de l'eau minérale. Certains affirment qu'ils chauffent l'eau, la refroidissent et y mettent la poudre d'héroïne. Après avoir obtenu le mélange, ils utilisent une seringue et aspire la solution. Ensuite, ils prennent une corde servant de garrot ce qui facilite la visualisation de la veine. Enfin, ils s'injectent la substance.

Les usagers n'observent pas les règles d'hygiène. A titre d'exemple lors de l'injection, certains usagers utilisent l'eau du robinet qui n'est pas propre et d'autres utilisent du jus de citron ou de l'alcool vodka comme solvant. L'injection se fait sans avoir lavé la peau avec de l'alcool ou autre antiseptique. La préparation de la solution se fait en utilisant des bouchons trouvés dans la poubelle ou par terre. Il s'agit des bouchons de bouteilles de bière comme la primus, l'amstel, fanta, ou alors des bouchons des bouteilles d'eau minérale. Pour s'injecter, ils utilisent le tampon de la cigarette déjà consommée comme filtre en le mettant à la tête de l'aiguille. Pendant leurs prise de drogue, ils partagent l'aiguille et l'utilisent plus de deux fois quand ils aspirent la solution pour s'injecter. La seringue qu'ils utilisent est souvent volée à l'hôpital dans la place où on brûle les seringues déjà utilisés.

Les conséquences liées aux mauvaises pratiques lors de l'injection sous-cutanée sont multiples. C'est notamment les infections, des plaies, des œdèmes et des cicatrices qui s'observent surtout au niveau des bras. Durant l'enquête, un usager de drogues injectables s'est endormi pendant plus de 25 minutes. L'enquêteur a attendu pour continuer

l'entretien.

2.3. Le vécu des UDI et problèmes rencontrés: résultats d'observations

Description physique et problèmes de santé

La majorité des usages de drogue sont des jeunes qui ont un âge comprise entre 15 à 30 ans. Ils sont trop sales en général sauf ceux de Kanyosha qui sont en peu propre puisque la plupart d'entre eux sont des élèves. Les usagers de drogue sont en grande partie de sexe masculin. Ils utilisent les gestes pour montrer tout ce qu'ils font : comment s'injecter, comment mélanges les drogues etc.

Presque tous portent des culottes et des souliers. Les filles rencontrées sont très maigres, sales sauf une qui vient de passer une année seulement à consommer les drogues. La plupart des filles porte boucles sur le nez.

La plupart des UDI ont des yeux rouges d'autres somnolents mais peuvent répondre à toute question posée. Certains ont la voix faible. Leur capacité de concentration est affaiblie. Les dents sont gâtés, des cicatrices sur la peau chez certains.

La plupart de ces consommateurs de drogues injectables souffrent des maladies de la peau, ils se grattent à tout moment et leur corps sont recouverts par des boutons. En cas de maladie, les usagers manquent les frais pour se faire soigner. Et pour eux la santé n'est pas une priorité, quand ils parviennent à avoir des frais, ils privilégient la drogue car pour eux la principale maladie c'est le manque.

Comportement de l'organisme

Les usagers affirment qu'ils n'ont pas d'appétit. Au lieu de manger, ils préfèrent prendre la drogue. En cas de manque, les usagers ne peuvent pas manger de la nourriture car ils peuvent vomir même du sang. Ils sentent des douleurs graves, la température monte, il ya accélération du rythme cardiaque et ils doivent chercher l'argent partout et avec tous les moyens, bon ou mauvais. Ils sont très maigres. Les uns disent qu'avant la prise de drogues par injection, ils étaient de grande taille. Ils disent en rigolant que l'héroïne est bon remède pour celui ou celle qui veut perdre du poids car en quelques jours on devient miss !

Les usagers n'ont pas de source de revenus, pas d'emploi permanent. Certains disent qu'avant ils étaient des chauffeurs. Les autres étaient des élèves. Il ya même des sans domicile fixe. Ceux qui étaient mariés ont divorcé à cause de ce comportement.

Pour avoir de l'argent, certains usagers s'occupent de la collecte des déchets dans les ménages et vont les jeter le long de la rivière Ntakangwa ce qui constitue aussi un danger de pollution.

Les UDI sont en général amicaux entre eux mais quand il y a un différent entre eux, ils deviennent violent.

Tous les usagers rencontrés ont affirmé qu'ils veulent abandonner la consommation des drogues car ils se sont rendus compte des conséquences comme l'abandon de l'école, la perte du travail, le divorce, la stigmatisation etc.

Leurs tentatives d'abandonner se heurte au problème de manque qui les poussent à rester dans cette prison. Ils sont également confrontés au problème d'overdose qui, par ailleurs est un danger mortel. En guise d'exemple, juste après une semaine de notre dernier passage, nous avons appris le décès d'un usager sur le lieu de consommation suite à une overdose.

Symptômes de sevrage

Certains usagers se sentent très froids même quand il fait chaud où sont victimes des frissons. D'autres font des vomissements, des diarrhées, des convulsions, manquent d'appétit ou deviennent asthéniques. D'autres ont des démangeaisons, l'insomnie et ou la constipation. Ils ont de la sueur au niveau des orteils et les filles nous ont rapporté une perte de force, et l'aménorrhée.

Sur le plan psychologique, ils deviennent dépendants, deviennent très agressifs, ont un stress intense, développent des comportements s comme le vol, deviennent des menteurs, etc.

Problèmes d'approvisionnement en seringues

Suite au manque de moyens certains font recours aux plantons de différents hôpitaux pour s'approvisionner en seringues peut importe leur état de stérilité. D'autres peuvent les trouver dans les chambres des patients quand ils leur rendent visite. Peu d' entre eux parviennent à les acheter dans des pharmacies et là aussi ils sont complexés.

Ces difficultés d'obtention de seringue font qu'il y a partage d'une même seringue. Néanmoins ils ont leur moyen de stériliser les seringues. Ils mettent l'aiguille sous le feu !

Problèmes sur le plan social

Ils s'isolent de leurs propres familles, d'autres sont discriminés par la famille et leur entourage. De manière générale, ils n'ont pas de domiciles fixes, la plupart des mariés ont divorcés, même pour ceux qui ne sont pas divorcés, les enfants sont élevés par des parentés. Quand ils sont en état de manque, ils causent des dégâts majeurs à la famille ce qui cause des querelles, ils volent tout ce qu'ils rencontrent sur leur passage, les biens de la famille, des voisins, vendent ses propres habits etc. Ils témoignent eux même les actes de vols, l'un a dit qu'il a volé 300 000 francs à la maison, d'autres ont évoqué les biens qu'ils ont vendus comme des téléphones, des ustensiles de cuisine, habits etc.

Problèmes sur le plan professionnel

La plupart des usagers que nous avons rencontrés ont perdu leurs emplois suite à l'accusation d'irresponsabilité dans leurs tâches, à la diminution de la concentration, des magouilles de toute sorte ce qui engendre la perte de la confiance. Citons un cas précis de quelqu'un qui était un excellent réparateur des téléphones, des ordinateurs, des radios qui actuellement inspire de la méfiance chez les clients car ils pensent que suite à la consommation de la drogue il peut vendre leurs objets. Ceux qui étaient sur le banc de l'école n'ont pas pu achever leurs études, ceux qui continuent affirment que les résultats ne sont pas satisfaisants comme avant.

2.4. Historique de la consommation des drogues

L'analyse de l'âge de début de consommation pour chaque type de drogue a permis de retracer le parcours des UDI dans la consommation de la drogue. La Figure 1 résume les résultats. Cette figure contient beaucoup d'information pour trouver les différents taux de passage d'une drogue à une parmi les UDI. Le Tableau 2 montre quelques informations supplémentaires notamment la ou les drogues consommées pendant la première année de consommation des drogues ainsi que le nombre de drogues consommées. De ce tableau, il est remarquable que 24.4% des UDI ont consommé au moins deux sortes de drogues pendant la première année de consommation de drogues et 12.6% ont consommé au moins trois sortes de drogues pendant la première année. La drogue la plus consommée

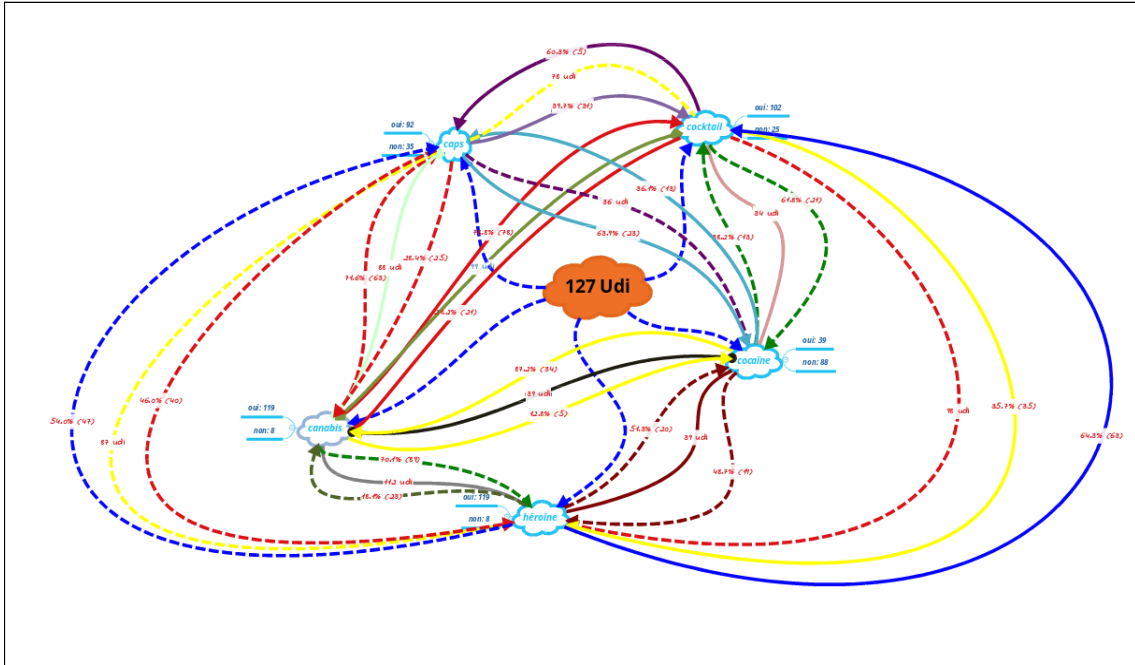


Figure 1: Parcours des UDI dans la consommation des drogues

Tableau 2: Nombre et types de drogues consommées la première année

Nombre	Effectif	%	Type de drogue	Effectif	%
1	96	75.6	Cannabis	107	84.3
2	15	11.8	Caps	24	18.9
3	10	7.9	Cocktail	21	16.5
4	4	3.1	Cocaïne	5	3.9
5	2	1.6	Héroïne	25	19.7
Total	127	100	Total	127	100

comme première de drogue est le cannabis (84.3%). En effet, des 127 UDI, 107 ont pris le cannabis la première année. Néanmoins, 26 parmi eux ont associé d'autres drogues la même année et 81 ont passé la première année à ne consommer que le cannabis. Les raisons du changement du cannabis à d'autres drogues sont surtout que la drogue n'avait plus d'effet, maux de tête dus au cannabis, ne pas retrouver la sensation espérée, etc.

Il se remarque néanmoins que beaucoup consomment plusieurs type de drogues à la fois.

En effet, à la question de savoir si ils ont consommé une drogue autre que l'héroïne injectable au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, la plupart des UDI répondent à l'affirmatif. Le Tableau 4 montre les réponses aux questions d'avoir consommé chaque drogue au cours des 12 et 3 derniers mois. L'analyse de cette question doit aller de pair avec le temps global passé dans la consommation des drogues injectables. Le Tableau 3 montre la durée en nombre d'années dès le début de la consommation de la drogue injectable. Ce tableau montre que seulement 14,2 % des UDI ont une ancienneté d'une année ou moins.

Évaluées par rapport à ceux qui plus d'une année de consommation de drogues injectables qui forment 85 % (108 sur les 127 UDI enquêtés), où on exclut également l'UDI qui ne connaît pas depuis combien d'années il a commencé la consommation de drogues injectables, les questions d'avoir consommé ou non d'autres drogues gardent les mêmes tendances : les UDI associent d'autres drogues avec l'injection.

Par exemple, 91,1 % des UDI ayant consommé les drogues injectables depuis plus d'une année (N=101) ont consommé le cannabis dans les trois mois qui ont précédé notre enquête. La proportion est plus petite pour la cocaïne où seuls 30,6 % des 36 UDI ayant consommé la cocaïne, l'ont consommée dans les trois derniers mois. Notons en passant que le pourcentage de consommateurs de cocaïne est très petite en comparaison avec les autres natures de drogues. En effet, seulement 33,3 % des UDI enquêtés (36 sur 127), ont déjà consommé la cocaïne.

Tableau 3: Temps passé dans la consommation de la drogue injectable

Durée dans la consommation de la drogue injectable	Effectif	%
Moins d'une année	2	1,6
1 an	16	12,6
2 ans	15	11,8
3-5 ans	37	29,1
6-10 ans	34	26,8
Plus de 10 ans	22	17,3
Ne sait pas	1	0,8
Total	127	100

Tableau 4: Combinaison de plusieurs drogues avec injection (évalué sur tous les 127 UDI)

Type de drogue	Ont déjà consommé		Ont consommé dans les 12 derniers mois		Ont consommé dans les 3 derniers mois	
	Oui	%	Effectif	% du Oui	Effectif	% du Oui
Cannabis	119	93,7	114	95,8	108	90,8
Caps	92	72,4	76	82,6	65	70,7
Cocktail	102	80,3	95	93,1	92	90,2
Cocaïne	38	29,9	23	59,0	13	10,2
Héroïne	119	93,7	119	100	117	92,1

Tableau 5: Combinaison de plusieurs drogues avec injection (évalué sur 108 UDI de plus de 1 années d'injection)

Type de drogue	Ont déjà consommé		Ont consommé dans les 12 derniers mois		Ont consommé dans les 3 derniers mois	
	Oui	%	Effectif	% du Oui	Effectif	% du Oui
Cannabis	101	93,5	97	96,0	92	91,1
Caps	79	73,1	63	79,7	52	65,8
Cocktail	87	80,6	82	94,3	81	93,1
Cocaïne	36	33,3	21	58,3	11	30,6
Héroïne	102	94,4	102	100	100	98,0

Ce fait de consommer plusieurs types de drogues justifie le fait que les hotspots que nous avons visités pour les UDI étaient des hotspots pour d'autres types de consommateurs, surtout les consommateurs de drogues sur brûlis. Les UDI eux-même l'ont confirmé à 93,5 % de qui ont répondu à la question : « Est-ce que les hotposts pour UDI peuvent accueillir des usagers de drogues non injectables ? ». Les répondants à cette question étaient 77 car la question a été ajoutée au deuxième passage et par conséquent, seuls qui ont été présent à ce deuxième passage ne pouvaient répondre à cette question. Cette dernière a été ajoutée car au premier passage on ne comprenait pas comment il y avait surtout des usagers de drogues non injectables dans les hotspots.

La fréquence de consommation des drogues injectables est, elle aussi un indicateur clé de la situation des drogues. Malheureusement une incohérence s'observe dans les données. En effet, alors que 34,6 % des UDI enquêtés affirment que pendant les 4 dernières semaines ils se sont injectés 2 à 3 fois par jour, 26,8 % témoignent s'être injectés 2 à 3 fois la veille de notre passage. Le détail des résultats est montré dans le Tableau 6.

Cette incohérence a plusieurs sources dont les plus raisonnables parmi les justifications données sont:

- certains ont affirmé qu'ils sont entre de tenter d'abandonner les drogues sous supervision de psychologues qui réglementent leurs prises depuis un temps, d'autre essayent de retourner aux autres drogues mais avec peu d'espoir de réussir car le manque est leur obstacle ;
- d'autres manquent d'argent pour acheter leurs doses quotidiennes qui, en principe s'évaluent à 2-3 fois par jour mais suite au manque d'argent, certains jours, ils n'ont pas la dose.

2.5. Raisons de consommations des drogues

Les principales raisons évoquées qui ont poussé les UDI à la consommation des drogues sont principalement : l'influence des amis, l'influence de « la génération », esprit d'équipe, avoir eu envie de goûter, besoin d'énergie pour satisfaire ma copine (mauvaise information disant qu'on peut augmenter sa puissance sexuelle), besoin d'affirmation (surtout au sein des équipes de football et au sein de groupes de musiciens pour bien jouer), fréquentation des boîtes de nuit, vaincre les problèmes quotidiens et notamment pour avoir du sommeil, manque d'encadrement suite à la mort des parents, blessures dues au divorce des parents, mauvais voisinage avec des parents remariés.

Ces raisons ont influencé l'entrée dans le monde des drogues, principalement le cannabis, les caps ou cocktail.

Le passage d'une drogue à une autre est, selon les UDI, motivée par la compagnie qui montre de nouveaux produits à effets plus rapides, qui procurent un rapide feeling et le fait que la première n'a plus d'effet sur l'organisme : le corps s'est habitué à la drogue et celle-ci ne procure plus les effets recherchés.

Sans oublier le besoin de se cacher des problèmes familiaux, le constat majeur est que les jeunes se droguent par curiosité, ils veulent expérimenter un produit dont on parle beaucoup dans le groupe de copains, comme la première cigarette par exemple qu'ils veulent goûter par curiosité.

Tableau 6: Fréquence de consommation des drogues injectables

Injection pendant les 4 dernières semaines			Injection pendant les 4 dernières semaines			Nombre d'injections d'hier		
Nombre de jours	Effectif	%	Nombre de fois	Effectif	%	Nombre de fois	Effectif	%
0	11	8,7	0 fois	11	8,7	0	60	47,2
1	17	13,4	1 fois	21	16,5	1	30	23,6
2	12	9,4	2-3 fois	22	17,3	2	27	21,3
3	4	3,1	1 fois / semaine	5	3,9	3	7	5,5
4	11	8,7				4	1	0,8
5	4	3,1	2-3 fois / semaine	5	3,9	Non réponse	2	1,6
6	3	2,4						
7	1	0,8	4-6 fois / semaine	8	6,3	Total	127	100
8	9	7,1						
10	2	1,6	1 fois / jour	10	7,9			
12	6	4,7						
14	5	3,9	2-3 fois / jour	44	34,6			
15	1	0,8						
16	2	1,6	4 fois / jour	1	8,7			
18	1	0,8						
20	7	5,5	Total	127	100			
24	2	1,6						
25	1	0,8						
26	1	0,8						
28	27	21,3						
Total	127	100						

Les discussions avec des personnes clés sur les mobiles et facteurs de consommation des drogues confirment les propos des UDI. En effet, selon les informateurs, les raisons suivantes sont invoquées comme susceptibles d'induire l'usage de la drogue chez le jeune et l'adolescent¹ :

- Manque d'espoir ;
- Dilapidation de l'héritage familial au détriment de l'intérêt des enfants héritiers par des parents proches;
- Situation d'extrême pauvreté ;
- Antécédents d'emprisonnements arbitraires/abusifs ;
- Expérimentation de scènes de violences horribles (corps en uniformes, membres de mouvements armés) lors des conflits armés;
- Antécédents de victime de violences sexuelles pour les filles.

2.6. Vaines tentatives d'abandon d'injection de drogues

Presque tous les jeunes interviewés ont l'intention d'abandonner les drogues sans effets. Ils ont déjà fait plusieurs essais sans réussir. Ils ne supportent les effets néfastes de l'état de manque. Les uns disent qu'ils ont vomis à mort, sont victimes d'une fièvre intense et irréductible, ne parviennent à rien faire. Les uns regrettent parce qu'ils sont au courant que leur vie est en danger, qu'ils sont des abandonnés de leurs familles, etc. C'est ainsi qu'ils souhaitent avoir les médicaments qui peuvent les sauver. A notre présentation comme œuvrant pour une organisation qui veut s'intéresser à eux, une n'y avait qu'une seule chanson : aider-nous !, on est mort ! Nous ne voulons plus vivre cette vie ! Certains parents, ayant entendu qu'on était là sont venus demander si on peut venir en aide à leurs enfants.

Parmi eux, il y en a qui disent qu'ils sont parvenus à abandonner les drogues une année ou deux mais qu'ils ont recommencé. L'un a dit : « Héroïne est bon, bon, mais quand il s'épuise dans le corps, il s'en suit des réactions bizarres ou des bêtises en cas d'abandon c'est la souffrance »

L'autre témoigne en ces termes « Moi, je veux abandonner les drogues parce que j'étais à

1

Idem

mesure de me prendre en charge mais à cause des drogues les gens n'ont plus confiance en moi et c'est compréhensible parce que moi aussi je ne suis pas sain » Ce dernier était un bon réparateur d'ordinateurs, radios, téléphones mais actuellement les gens ont peur de lui confier leur biens.

Une autre raison de plus qui les incite à abandonner les drogues, est que ces drogues sont énormément chères. La petite dose d'héroïne coûte US\$1,8. Ils ont ainsi besoin d'avoir une grande somme d'argent par jour, raison pour laquelle les uns volent de chez eux, les autres vendent leurs habits ou les biens de ses amis. Certains nous ont dit que quand ils se rappellent qu'ils n'ont pas la dose pour le lendemain, ils peuvent se réveiller deux heures du matin pour aller voler quelque part ou prendre des biens des voisins qu'ils parviennent à attraper.

2.7. Présentation de cas

Cette section présente quelques cas de témoignage des usagers de drogues injectables. Les informations sont fournies dans un mélange de langues (Kirundi, Français, Swahili et Anglais). Nous avons traduit en français en essayant de rester le plus fidèle possible en gardant la version oral de l'auteur. Les noms sont tous cachés et nous utilisons des guillemets pour montrer qu'il s'agit des mots d'autrui.

A : « J'ai commencé à goûter à l'héroïne lorsque j'étais en Ouganda. Mes parents m'envoyaient de l'argent en dollars et beaucoup d'argent pour acheter tout ce dont j'avais besoin. Comme je suis le seul garçon dans ma famille, ma mère me donnait assez d'argent. Je ne savais pas les problèmes liés à la consommation de l'héroïne. Un jour, je regardais la télévision sur la chaîne France 24. Lors d'une émission sur les drogues injectables le journaliste disait que l'héroïne fait ravage en Afrique. Je ne savais pas que ça me concerne ! Après avoir expliqué les techniques utilisées pour prendre cette drogue injectables, j'ai constaté que c'est-ce-que je faisais moi aussi. Après quelques mois, je suis tombé malade. Arrivé à Bujumbura, on m'a amené à l'hôpital mais en vain. Ce n'était pas une maladie mais un manque. Après, je me suis informé et on m'a dit qu'à Buyenzi on peut trouver l'endroit où on vend l'héroïne. A partir de ce jour, j'ai continué à prendre l'héroïne et j'ai abandonné l'école alors que j'étais à l'Université. »

B : « Je hais les filles car elles sont méchantes. C'est à cause de ma copine que je prends des drogues injectables. Tout a commencé en Afrique du sud. La fille a mis la cocaïne

dans ma boisson. Arrivé à la maison, je suis tombé malade jusqu'à perdre conscience. Or, c'était le manque. J'ai été amené à l'hôpital. On a essayé de me soigner mais sans succès. Mes amis ont intervenu à l'insu des médecins et m'ont injecté la drogue. En un laps de temps, j'étais en forme. Depuis ce jour, il a continué de prendre la drogue injectable. »

C (UDI de 22 ans) : *« J'ai commencé à consommer du cannabis à l'âge de 12 ans par l'influence du groupe, en partageant du cannabis avec le groupe. J'ai consommé du cocktail sans savoir le mélange de ce cocktail. J'avais l'âge de 16 quand j'ai commencé à consommer ce cocktail, dans ce cocktail il y a une poudre de l'héroïne et il y a 3 ans que j'en prends. Je me suis fait un test du VIH/SIDA il y a 3 ans et le résultat a été négatif. »* A la question de savoir si il a eu des symptômes d'IST, il a déclaré qu'il souffrait de la blennorragie jusqu'à maintenant non encore traité. Il pensait qu'il est guéri.

D : *« J'ai commencé à consommer l'héroïne sans le savoir. Auparavant, je consommait du cannabis et, par malchance, quand je travaillais au bistro X (nom d'un night club de Bujumbura sauté pour raison de sécurité), le patron de X m'a proposé de partager avec lui du cannabis mais par après j'ai constaté que ce n'était pas du cannabis qu'il consommait mais que c'était le mélange du cannabis et de l'héroïne. J'ai a passé 3 jours en état d'inconscience. A partir de ce moment, je partageais avec mon patron de l'héroïne sur brûlis et de l'héroïne injectable. Pour le moment, mon état de santé ne me permet d'exercer aucun métier ».* Il est trop maigre à tel point qu'on observe les mouvements du cœur à travers le T-shirt qu'il porte.

E : *« J'étais en 9^{ème} année en Ouganda quand j'ai commencé à consommer de l'héroïne. C'est par l'influence du groupe d'élève Ougandais et Burundais qui se trouvaient en Ouganda que j'ai commencé à prendre cette drogue. En Ouganda, il est facile d'avoir de l'héroïne car elle est moins chère ».*

F : *« Je suis l'enfant aîné dans ma famille, de père Musulman, de Nationalité Omanaise et de mère protestante, de Nationalité Rwandaise. Pendant mon adolescence, mon Père et sa Mère n'étaient pas en bons termes, mon père maltraitait ma Mère. Ils étaient en situation de séparation de corps. J'ai observé combien ma mère souffrait à cause de mon père, combien il me manquait l'affection parentale. Devant ces situations, j'ai pris la décision de quitter la famille pour chercher le plaisir ailleurs chez les drogués. A l'âge de*

16 ans, j'ai décidé de retourner auprès de mes parents pour témoigner la vie que je menais chez les drogués. J'ai pris rendez-vous avec mon père et ma mère. Le jour du rendez-vous, je pensais que mon père allait me tuer. Le jour du rendez-vous arrivé, au salon avec mes parents, j'ai témoigné : « je suis mort vivant suite à votre comportement conjugal, je parlais des différentes sortes des drogues que je prenais, le rythme de consommation, ... ». Mon père commençait à pleurer. J'ai ajouté aussi que j'ai été privé du plaisir auprès d'eux mais que les autres m'avaient récupéré dans un milieu difficile à quitter. Je continuais le témoignage en disant : « les consommateurs de drogues m'avaient accueilli et m'ont donné de l'amour qui me manquait dans ma famille. Puisque vous êtes trop méchant toi mon père ». Quand j'avais commencé mon témoignage, je me sentais entre la vie la mort. J'ai conclu mon témoignage en disant : « mes parents, je veux mourir auprès de vous ». Suite aux témoignages que j'ai faits à mes parents, maintenant mes parents mènent une vie conjugale normale. En ce qui me concerne, pour le moment je prends des doses modérées des drogues et mon père m'a promis de me chercher le substituant des drogues ».

G (jeune fille de 23 ans) : «J'ai été entraînée à consommer des drogues par mon copain qui prend de l'héroïne. Je suis tombé enceinte (1^{ère} grossesse), et je me suis décidée de quitter l'école et sa famille pour aller vivre avec mon copain. J'ai mis au monde un prématuré mort né, ma mère a tenté de me retourner à la maison mais elle a échoué. Je suis retournée encore une fois parmi les drogués, je suis tombée encore enceinte (2^{ème} grossesse) ». A voir comment cette jeune femme est trop maigre et les conditions de vie de cette femme, son fœtus est en danger. Cette fille était en 3^{ème} année du cycle supérieure de l'enseignement secondaire quand elle avait commencé à prendre des drogues. C'est une jeune fille, dont le père est un officier Officier Supérieur et sa mère est une intellectuelle.

3. Prévalence du VIH, VHB et VHC parmi les UDI

3.1. Prévalence de VIH, VHB, VHC et rapportage d'IST

Parmi les UDI enquêtés, 10.2 % étaient séropositifs, 9.4 % avaient le virus de l'hépatite B tandis que 5.5 % avaient le virus de l'hépatite C. Une partie des hotspots de Buyenzi (10^{ème}, 23^{ème} et 25^{ème} avenues) et le hotspot de Bwiza sont les plus touchés par le VIH avec 15.4 % pour les deux premiers et 23.1 % pour les deux derniers.

Ces hotspots les plus touchés par le VIH se situent dans la commune Mukaza et cela

justifie cette prévalence élevée du VIH dans cette commune. Il nous faut signaler ici que deux hotspots ont été découverts dans les communes Muha (Kibenga) et Ntahangwa (Buterere) après notre passage et leur influence sur la sérologie globale au sein des communes n'est pas connue.

L'analyse de l'influence de quelques facteurs socio-démographiques, tels que l'âge, le sexe, le lieu, et l'ancienneté dans la prise des drogues injectables, montrent des catégories bien plus vulnérables. Bien que ces statistiques sont construites sur les petites valeurs qui, des fois, rendent non valides les tests statistiques, il nous faut savoir que les données ont l'allure d'exhaustivité et que même si c'est une seule personne qui s'injecte dans un groupe (hotspot), il y a un grand risque de contamination de tout le groupe à cause du partage de seringues.

Tableau 7: Séroprévalences du VIH, VHB et VHC

	Positif		Négatif		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
VIH	13	10,2	114	89,8	127	100
VHB	12	9,4	115	90,6	127	100
VHC	7	5,5	120	94,5	127	100

Ainsi, la lecture du Tableau 8 montre que les jeunes de moins de 30 ans sont les plus touchés. Le même niveau de prévalence du VIH s'observe chez les jeunes de moins de 25 ans (11,1%) que ceux de 25 à 30 ans (12,0%).

L'hépatite B est presque homogène à tout âge avec une légère hausse chez les moins jeunes de plus de 30 ans (10,0%).

Bien que les filles et femmes n'étaient pas nombreuses dans notre étude, elles montrent un grand taux du VIH. En effet, sur 9 enquêtées, 2 étaient séropositives (22,2%) contre 9,3 % chez les garçons.

Mis à part, les IDU de plus de 10 ans de consommation, l'ancienneté dans la consommation des drogues injectables semblent également être lié au VIH et l'hépatite B. En effet, les plus anciens (6 à 10 ans de consommation de drogues injectables) connaissent les plus grand taux (14,3% et 22,9 % pour la VIH et VHB respectivement).

Tableau 8: Séroprévalences et quelques facteurs sociaux démographiques

		Effectif total	Pourcentage de séropositifs		
			VIH+	VHB+	VHC+
Tranche d'âge	< 25 ans	72	11,1	9,7	6,9
	25 – 30 ans	25	12,0	8,0	0,0
	> 30 ans	30	6,7	10,0	6,7
	Total	127	10,2	9,4	5,5
Commune	Muha	8	0,0	25,0	0,0
	Mukaza	106	11,3	7,7	3,8
	Ntahangwa	13	7,7	8,5	23,1
	Total	127	10,2	9,4	5,5
Sexe	Masculin	118	9,3	10,2	5,9
	Féminin	9	22,2	0,0	0,0
	Total	127	10,2	9,4	5,5
Ancienneté dans l'injection de drogues	< 2 ans	18	5,6	0,0	0,0
	2 ans	15	13,3	6,7	13,3
	3 - 5 ans	37	10,8	5,4	5,4
	6 – 10 ans	35	14,3	22,9	2,9
	> 10 ans	22	4,5	4,5	9,1
	Total	127	10,2	9,4	5,5

Une tendance opposée s'observe pour l'hépatite C où les plus touchés ont moins d'années de consommation de drogues injectables avec 13,3 % comme prévalence du VHC chez les consommateurs de drogues injectables de 2 ans d'ancienneté.

Pour les UDI de plus de 10 ans de consommation, la situation, à première vue, semble rebelle à la conclusion précédente. En effet, à part l'hépatite C où on observe une prévalence de loin supérieure à la prévalence globale de tous les UDI, les prévalences du HIV et du VHB sont de loin inférieures aux prévalences globales des UDI. Néanmoins, les conditions de vie des UDI, la précarité économiques et le souci du manque font que quand ils tombent malades ils meurent faute d'assistance médicale. Bien plus les soins nécessaires au PVVIH et l'auto-exclusion qu'ils se font qu'ils ne peuvent pas vivre longtemps avec le HIV ou le VHC.

3.2. Analyse socio-comportementale et risques du VIH

3.2.1. Échange d'aiguille

Dans cette section, nous nous intéressons au comportement vis à vis de l'aiguille car cette dernière peut être un vecteur du VIH et des hépatites. Les aiguilles ne sont dangereuses que si elles sont partagées. Ainsi nous allons étudier le comportement à risque des UDI en rapport avec l'usage des aiguilles.

La dernière fois qu'ils se sont injecté, 81,9 % des UDI l'ont fait en compagnie et 18,1 l'ont fait seul. L'injection en compagnie est déjà un facteur de risque de partage de seringue. Si 81,9 % des UDI s'injectent en groupes, il est indispensable de voir de près comment ils le font. Les questions posées et les réponses données sont synthétisées dans le Tableau 9. Nous considérons le fait d'avoir fait un test de dépistage comme un facteur montrant un niveau de connaissance du risque et nous comparons les proportions d'utilisation dangereuse des aiguilles dans les deux groupes formés par ceux qui avaient déjà fait un test de dépistage du VIH d'une part et ceux qui n'avaient pas encore fait un test de dépistage. En supposant qu'il y a toujours un counseling qui accompagne un test de dépistage, avoir fait un tel test symbolise un certain niveau de connaissance.

Le constat est que le partage d'aiguilles est une réalité et ne dépend pas du fait que qu'on a eu information sur le VIH ou pas. En effet, 48,8 % des UDI enquêtés ont déjà partagé des aiguilles dans les 3 derniers mois précédent l'enquête et des proportions similaires s'observent pour les UDI qui avaient déjà fait un test de dépistage du VIH, donc ayant été informé et ceux qui n'en ont pas fait jusque là. De plus, les conditions financières font que les UDI se partagent leur dose soit en tirant dans leur seringue le contenu d'une autre seringue (29,1%) et/ou en utilisant un contenant utilisé par quelqu'un d'autre pour s'injecter (48,0%). Ces pratiques exposent beaucoup au risque d'infection du VIH et des hépatites. A ces risques on ajoute le fait d'utiliser une même aiguille plusieurs fois. En effet, 37 % des UDI affirment utiliser un aiguille 4 fois ou plus, donc plus d'un jour et plus de 10 % affirment qu'ils ne jettent jamais une aiguille ou qu'ils ne savent pas combien de fois ils utilisent une aiguille.

Tableau 9: Utilisation à risque des seringues/aiguilles

		Avoir fait un test de dépistage du VIH avant					
		Non		Oui		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Avez-vous déjà utilisé, dans les 3 derniers mois une aiguille utilisée par un autre pour s'injecter?	Non	31	49,2	34	53,1	65	51,2
	Oui	32	50,8	30	46,9	62	48,8
	Total	63	100	64	100	127	100
Avez-vous déjà mis dans votre seringue un contenu tiré d'une autre seringue utilisée par un autre dans les 3 derniers mois?	Non	44	69,8	46	71,9	90	70,9
	Oui	19	30,2	18	28,1	37	29,1
	Total	63	100	64	100	127	100
Dans les 3 derniers mois, avez-vous déjà utilisé un contenant utilisé par quelqu'un d'autre pour s'injecter?	Non	27	42,9	39	60,9	66	52,0
	Oui	36	57,1	25	39,1	61	48,0
	Total	63	100	64	100	127	100
Nombre de fois d'utilisation d'une aiguille avant de la jeter	1 fois	11	17,5	18	28,1	29	22,8
	2 fois	15	23,8	16	25,0	31	24,4
	3 fois	11	17,5	9	14,1	20	15,7
	4 – 5 fois	6	9,5	7	10,9	13	10,2
	6 – 10 fois	8	12,7	3	4,7	11	8,7
	> 10 fois	5	7,9	5	7,8	10	7,9
	Ne sait pas	3	4,8	3	4,7	6	4,7
	Ne jette jamais	4	6,3	3	4,7	7	5,5
Total	63	100	64	100	127	100	
Dans les 4 derniers mois, avez-vous utilisé une nouvelle aiguille?	Non	24	38,1	16	25,0	40	31,5
	Oui	39	61,9	48	75,0	87	68,5
	Total	63	100	64	100	127	100

Parmi les UDI recensés, 31,5 % n'ont pas utilisé une nouvelle aiguille depuis les 4 derniers mois précédent notre étude.

De ces statistiques, on constate que le partage des aiguilles est un problème réel des UDI, l'usage de nouvelles aiguilles pour s'injecter n'est pas la préoccupation de beaucoup

d'entre eux. Des séances de sensibilisation sont donc extrêmement nécessaires. Le fait que ceux qui ont bénéficié d'un counseling lors du test du VIH ne sont pas plus éveillés par rapport aux autres nous fait penser qu'ils ne discutent pas de ces problèmes de peur d'être stigmatisés et ne pas prendre part au partage entre amis. De ce fait, une sensibilisation de masse ou une promotion de la pair-éducation au sein du réseau des UDI aurait un impact significatif sur le comportement à risque.

Voici quelques témoignages des UDI invités dans des discussions de groupes :

« Nous sommes tellement vulnérables car je peut avoir cinq mille Francs Bu (5000 FBU) pour acheter seulement la drogue et manquer de l'argent pour acheter le seringue ou même si tu as de l'argent on peut en manquer dans les points de vente de l'environ et comme l'heure arrive, là je vais chez un ami à coté emprunter le seringue de tant plus que le corps est entrain de brûler ,le sida dans ce moment là ne te dit rien ; on n'en pense après ».

« Moi quant j'étais en Australie, je partageais la seringue avec mon ami Antonia et il y a un autre ami qui m'a dit que Antonia était séropositif; je me sens vraiment mal et j'ai peur moi aussi je crois que je suis séropositif. Moi aussi je partage les seringues avec les autres amis d'ici sans toutefois connaître mon état sérologique. Aidez nous vraiment ».

Ces deux témoignages, ainsi d'autres encore soulignent le fait que face à la force avec laquelle le corps réclame sa dose de drogue, la raison cède.

Une forte stratégie de sensibilisation et d'action s'impose. En effet, supportant les témoignages ci-haut, le Tableau 10 montre les mêmes éléments : le comportement des UDI ne tient pas compte du risque, pourtant apparent, de contamination du VIH ou des hépatites. Le tableau en dit à suffisance.

Pour des raisons pratiques, le tableau ne présente que les séroprévalences du VIH, du VHB et du VHC. Les effectifs sur lesquels sont calculés les valeurs présentées sont omis mais les plus curieux peuvent les retrouver dans le Tableau 9.

Tableau 10: Usage de la seringue à risque et séroprévalences

		Pourcentage de séropositifs								
		VIH +			VHB +			VHC +		
		Avoir fait un test de dépistage du VIH			Avoir fait un test de dépistage du VIH			Avoir fait un test de dépistage du VIH		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
Avez-vous déjà utilisé, dans les 3 derniers mois une aiguille utilisée par un autre pour s'injecter?	Non	14,7	6,5	10,8	5,9	12,9	9,2	5,9	6,5	6,2
	Oui	13,3	6,3	9,7	6,7	12,5	9,7	10,0	0,0	4,8
	Total	14,1	6,3	10,2	6,3	12,7	9,4	7,8	3,2	5,5
Avez-vous déjà mis dans votre seringue un contenu tiré d'une autre seringue utilisée par un autre dans les 3 derniers mois?	Non	10,9	4,5	7,8	4,3	13,6	8,9	6,5	4,5	5,6
	Oui	22,2	10,5	16,2	11,1	10,5	10,8	11,1	0,0	5,4
	Total	14,1	6,3	10,2	6,3	12,7	9,4	7,8	3,2	5,5
Dans les 3 derniers mois, avez-vous déjà utilisé un contenant utilisé par quelqu'un d'autre pour s'injecter?	Non	15,4	7,4	12,1	7,7	18,5	12,1	7,7	7,4	7,6
	Oui	12,0	5,6	8,2	4,0	8,3	6,6	8,0	0,0	3,3
	Total	14,1	6,3	10,2	6,3	12,7	9,4	7,8	3,2	5,5

Le Tableau 10 montre une très grande séroprévalence du VIH chez les IDU qui, auparavant, avaient fait un test de dépistage du VIH. En effet 14,1 % d'eux, (9 UDI sur 64), sont séropositifs alors que pour ceux qui n'avaient pas encore fait de test, la séroprévalence est 6,3 % (4 UDI sur 63).

Pour chercher la raison, nous examinons le résultat des tests du VIH chez les UDI qui s'étaient dépistés avant notre enquête. Le constat est que des 64 UDI ayant fait un test du VIH avant, 58 (90,6%) avaient un résultat « négatif », 5 (7,8%) étaient trouvés séropositif tandis que 1 ne connaissait pas le résultat (ou avait refusé de nous le communiquer). Une hypothèse est alors que ceux qui étaient séronégatifs ont été moins vigilants croyant qu'ils étaient indemnes.

Le Tableau 10 montre également que le partage de l'aiguille n'a eu un impact sur la prévalence alors qu'il s'observe des différences remarquables de la séroprévalence du VIH entre ceux qui aspirent et ceux qui n'aspire pas au moyen de leur seringue le contenu d'une seringue utilisée par un autre pour s'injecter. Cela permet de construire une hypothèse que les UDI sont suffisamment informés que l'échange des aiguilles est

dangereux mais n'ayant ni les moyens ni les points de ventes, ils se rabattent à leur méthode de stérilisation à base du feu. Mais par contre ils ne se préoccupent pas du contenu de la seringue partiellement utilisé par d'autres qu'ils s'injectent à leur tour. Ceci explique en partie les observations tirées du Tableau 10.

3.2.2. Connaissance et attitude sur le VIH-Comportements sexuels à risque

Avant de parler de comportements sexuels, il a été évalué si les UDI ont eu contact avec des sources d'information et sensibilisation. La plus utilisée actuellement dans différents groupes étant la pair-éducation, il a été posé une question de savoir si les UDI avaient déjà eu contact avec un pair éducateur. Il a été constaté que 33,9 % des UDI avaient eu une discussion avec un pair-éducateur. Le Tableau 11 montre que les UDI ayant eu une discussion avec un pair-éducateur sont les plus affectés. Cela fait penser qu'il s'agissait plus d'un counseling après test que d'une pair-éducation. Pour avoir plus d'information et du mode d'action, il faudrait une étude et analyse approfondie.

Ce même tableau montre que 57,5 % des UDI ont déjà eu des rapports sexuels non payant et que ces derniers les plus infecté du VIH (12,3 % contre 7,4 % pour ceux qui n'ont pas déjà eu de rapports sexuels non payants). Parmi ceux qui ont déjà eu des rapports sexuels non payants, 41,1 % n'ont pas utilisé de préservatifs. Ceux qui n'ont pas utilisé de préservatifs au dernier rapport non payant sont les plus infectés du VIH avec 16,7 % contre 9,5 % chez ceux qui ont utilisé un préservatif.

La même tendance s'observe pour ceux qui ont eu des rapports sexuels en échange de cadeaux ou autres incitations. Plus de la moitié des UDI (51,2%) ont déjà eu de tels rapports sexuels. Parmi eux 10,8 % sont séropositifs contre 9,7 % parmi ceux qui n'ont pas eu des rapports sexuels en échanges d'incitations tels que les cadeaux, drogues ou autres. Parmi ceux qui ont eu ces rapports sexuels, 36,9 % n'ont pas utilisé de préservatif. Ceux-ci sont plus à risque d'infection du VIH car la prévalence du VIH dans ce groupe est 16,7 % contre 7,3 % parmi ceux qui ont utilisé un préservatif.

En plus de la liaison de la prévalence du VIH et du partage du contenu des seringues déduite plus haut, le constat ici est que la séroprévalence du VIH est plus liée aux rapport non protégées qu'au partage des seringues.

Un programme de sensibilisation sur la prévention du VIH est indispensable chez les UDI avec insistance sur le risque lié au partage du contenu des seringues mais également sur l'usage du préservatif.

Tableau 11: Comportement à risque et séroprévalence

		Effectif	%	Séroprévalences		
				VIH+	VHB+	VHC+
Avez-vous déjà eu une discussion avec un pair-éducateur?	Non	84	66,1	9,5	8,3	7,1
	Oui	43	33,9	11,6	11,6	2,3
	Total	127	100	10,2	9,4	5,5
Avez-vous déjà eu des rapports sexuels non payants?	Non	54	42,5	7,4	9,3	5,6
	Oui	73	57,5	12,3	9,6	5,5
	Total	127	100	10,2	9,4	5,5
Avez-vous utilisé un préservatif avec le précédent partenaire payant?	Non	30	41,1	16,7	6,7	6,7
	Oui	42	57,5	9,5	11,9	4,8
	Ne sait pas	1	1,4			
	Total	73	100	12,3	9,6	5,5
Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH?	Non	30	41,1	6,7	13,3	0,0
	Oui	43	58,9	16,3	7,0	9,3
	Total	73	100	12,3	9,6	5,5
Avez-vous déjà reçu de l'argent, des cadeaux ou de la drogue pour avoir des rapports sexuels?	Non	62	48,8	9,7	4,8	9,7
	Oui	65	51,2	10,8	13,8	1,5
	Total	127	100	10,2	9,4	5,5
Avez-vous utilisé un préservatif avec le précédent partenaire?	Non	24	36,9	16,7	16,7	0,0
	Oui	41	63,1	7,3	12,2	2,4
	Total	65	100	10,8	13,8	1,5
Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH?	Non	31	47,7	9,7	16,1	0,0
	Oui	34	52,3	11,8	11,8	2,9
	Total	65	100	10,8	13,8	1,5

4. Accès au service de soins des UDI : État des lieux

Accès aux soins

Les UDI ont besoins des services de santé comme tout être humain. En effet, ils souffrent de toutes les maladies comme tant d'autre. En plus de ça, ils ont leur spécificité : les dispositions de l'organisme, des maladies ou les facteurs aggravant une maladie propres à eux.

Selon les UDI rencontrés dans les groupes de discussion, les UDI ne sont pas bien accueillis dans les structures de soins. Ils sont maltraités surtout quand ils sont connus dans ces structures. Les anciens UDI expliquent ce fait en disant. « Si l'idée de se faire soigner fait sentir, nous sommes mal accueillis car des fois nous sommes mal habillés, nous sommes sales ». Ils expliquent qu'ils sont reconnus comme étant déjà fou et que leurs traitement n'est pas là mais dans la drogue, pensant que c'est le manque même si c'est la malaria.

De leur côté, les prestataires de soins de santé confirment que les UDI ont besoin d'un accueil et des services spécifiques. En effet, ces prestataires disent : « la plupart de ceux que nous accueillons viennent étant déjà en état de manque, ils nous disent qu'ils ont froid et nous pensons aux symptômes de la malaria et si le test est négatif, ils retournent sans être servi ».

Néanmoins, ils sont des fois agressifs et le plus souvent, quand ils sont en état de manque ou en overdose, nous n'avons pas de produits pour le traitement, disent-ils. D'autre part, les UDI peuvent se sentir mal accueillis quand leur temps de service prend plus de temps car, comme il s'agit des cas inhabituels, le prestataire met plus de temps à diagnostiquer et à réfléchir sur le traitement.

Les prestataires de soins de santé soulignent que les UDI ont en plus besoins de services sociaux d'accompagnement aux traitements qui ne sont pas disponibles dans les structures de soins courants. En effet, comme ils se sentent stigmatisés et marginalisés, ils doivent être écoutés pour que la réintégration soit possible et leur état montre un déficit nutritionnel.

Les UDI saluent unanimement les efforts de la clinique Jeunesse au Clair Médical, une structure de soins qui s'occupe d'eux et à laquelle ils sont très habitués. Ils disent que ce centre leur fait en accompagnement même jusqu'à domicile.

Cette structure est une jeune structure qui a la vocation de venir en aide à cette catégorie de population oubliée. Elle fonctionne grâce aux subventions de l'ABS et quelques apports de l'état car il agit comme un centre de dépistage volontaire du VIH. Bien que le centre ait un personnel jeune et dynamique, il n'a pas le minimum pour remplir sa

mission entre autres la prise en charge effective des UDI pour overdose ou un accompagnement pour ceux qui veulent abandonner la consommation des drogues. Son personnel reste très limité et des besoins en renforcement des capacités se font sentir.

En effet, selon les discussions de groupes des prestataires de soins, au Burundi, il n'existe pas de formation en toxicologie dans toute la structure de formation. Ainsi ce centre qui émerge dans ce domaine nécessite des formations pour son personnel pour offrir des services de qualité aux UDI.

Les tableaux qui suivent montrent que l'overdose est une réalité chez les UDI et ses conséquences sont connues des UDI. En effet, des morts s'observent couramment. Une semaine après l'enquête, il a été rapporté un UDI que venait de succomber à une overdose.

Tableau 12: Quelques problèmes de santé des UDI

		Effectif	%
Expérience d'overdose	Non	76	59,8
	Oui	51	40,2
	Total	127	100
Avoir été amené aux urgences	Non	30	58,8
	Oui	21	41,2
	Total	51	100
Avoir observé des signes d'IST	Non	99	78,0
	Oui	28	22,0
	Total	127	100

Le Tableau 12 montre que 40,2 % UDI ont déjà eu au moins une overdose dans leur vie. Parmi eux, 41,2 % ont été amenés aux urgences pour soins intensifs pour cause d'overdose.

Les IST s'observent également chez les UDI où 22 % des enquêtés ont observé des signes d'IST sur leurs corps. Certains ont montré ces signes au moment de l'enquête et leur gravité a fait qu'ils soient directement amenés à la clinique Jeunesse au Clair Médical pour traitement.

Le Tableau 13 montre que les services de santé sont très peu sollicités par les UDI. En effet, ce tableau regroupe les services les plus nécessaires des UDI.

Une urgence se fait sentir pour soulager les UDI dans leur vécu quotidien.

Tableau 13: Accès au service de santé

		Effectif	%
HIV	Non	63	49,6
	Oui	64	50,4
	Total	127	100
Hépatites	Non	121	95,3
	Oui	6	4,7
	Total	127	100
Tuberculose	Non	112	88,2
	Oui	15	11,8
	Total	127	100
Traitement contre le manque		0	,0,0
Détoxification avec des médicaments		0	0,0
Programme de réhabilitation interne		0	0,0
Programme de réhabilitation externe		0	0,0
Aidé par la communauté ou soi-même		0	0,0
Autre		0	0,0

De son côté, le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA est conscient de la vulnérabilité des populations clés et de leur rôle dans la survenue de nouvelles infections. Néanmoins, il manquait de données permettant d'apprécier l'ampleur de l'épidémie du SIDA et la transmission des virus hématogènes tels que les hépatites B et C jusqu'en 2016. C'est ainsi que, à côté du pilotage de la présente étude le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida a planifié une étude d'envergure nationale intitulée : «Integrated biological and behaviour survey (IBBS) ».

Selon l'ONUSIDA, citant le Rapport Mondiale ONUSIDA 2013, au Burundi tout comme dans les autres pays de la région, la faiblesse de l'engagement politique et programmatique visant à réduire la transmission du VIH et des hépatites (VHC et VHB) chez les consommateurs de drogues injectables, pourrait s'expliquer par l'absence de données pertinentes pour la mise en place de stratégies efficaces de réduction des risques de transmission du VIH au sein de cette population.

C'est dans ce cadre que s'inscrit cette étude qui vise à cerner l'étendue du problème et à guider le pays dans la mise en place des programmes / projets pilotes visant à réduire les risques et la vulnérabilité au VIH chez les personnes usagères de drogue.

Bref, l'étude sur les méfaits de l'usage des drogues injectables répond au besoin du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida entre autres la disponibilité des données fiables pour la planification des interventions stratégiques et la prise de décision.

Quelques goulots d'étranglement sont identifiés ici : (1) l'environnement juridique qui limite la distribution officielle des aiguilles et seringues ; et (2) le non agrément juridique du réseau de facilitateurs pour sensibiliser les UDI aux méfaits.

Accès à l'information

Il existe au Burundi 2 lignes vertes fonctionnelles à savoir une à SWAA Burundi, l'autre au RBP + avec l'appui de la CRB. Au cours de la période 2014-2017, les performances de ces lignes ont été en deca des attentes à cause du fait que le téléphone fixe est de moins en moins utilisé et de l'ignorance par la population de son existence ainsi que la non permanence du fonctionnement de ces lignes d'écoute.

En ce qui concerne la pair-éducation mise en œuvre par le Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA, on peut noter la constitution des GASC (groupement des agents de santé communautaire), la constitution des pools de pairs éducateurs pour les PS, HSH, UDI et Agents de Police et de sécurité et le recrutement des Médiateurs de santé. Néanmoins, plusieurs goulots d'étranglement ont été identifiés : l'absence de coordination des activités de pair éducation (plusieurs partenaires et interventions non coordonnées), l'absence ou insuffisance de formation des paires éducateurs, la persistance de la stigmatisation, l'insuffisance des ressources financières et l'existence des barrières légales.

Accès aux services de prévention et de soutien

Le Gouvernement du Burundi a souscrit aux stratégies mondiales en termes

d'engagement à saturer les zones à forte incidence VIH avec une combinaison d'interventions de prévention sur mesure, y compris la sensibilisation via les médias et les mécanismes dirigés par des pairs, les programmes de distribution de préservatifs masculins et féminins, la circoncision médicale volontaire des hommes, la réduction des méfaits, le traitement pré-exposition et post-exposition, et la thérapie antirétrovirale, avec un accent particulier sur les populations clés et les jeunes.

En guise de réponse à ce besoin, le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida a sorti une Ordonnance Ministérielle en juillet 2012 portant sur la mise à l'échelle du traitement antirétroviral et des services PTME afin de réduire les distances à parcourir et faciliter l'accès aux services de santé.

De même, en 2015, le Burundi a adhéré à l'objectif mondial pour atteindre les « 90 90 » en 2020 et l'élimination du VIH en 2030.

Dès lors, tous les CDS offrent le dépistage volontaire du VIH et les relais communautaires sont suffisamment sensibilisés pour la promotion du recours aux structures de soins.

Le PNLS/IST en collaboration avec ses partenaires a assuré la formation des prestataires pour garantir les soins de qualité aux bénéficiaires tandis que la Croix Rouge du Burundi et les autres organisations de la société civile ont énormément contribué dans la sensibilisation des communautés pour la promotion du dépistage.

Des faiblesses sont constatées notamment :

- Inadaptation des messages pour les populations clés ;
- Faible utilisation des TIC pour faire passer les messages ;
- Absence de stratégie de gestion environnement des déchets liés aux préservatifs ;
- Faiblesse de la coordination en approvisionnement et distribution des préservatifs masculins/féminins et gels lubrifiants ;
- Poids des barrières socioculturelles qui limitent la portée des interventions VSBG ;
- L'automédication contre les IST ;
- Ruptures des intrants de la transfusion sanguine et insuffisance de maintenance des équipements ;
- Non prise en compte des TS et UDI mineurs et faiblesse de ciblage des jeunes filles et des jeunes femmes ;
- Faiblesse des capacités techniques et financières des structures en charge des populations clés ;
- Faible développement du dépistage mobile.

5. Estimation de la taille des UDI dans la mairie de Bujumbura

La méthode de Capture-Recapture (CR) a été utilisée au cours de l'enquête. Ainsi la théorie liée à cette méthode est utilisée pour estimer le nombre d'UDI en mairie de Bujumbura. Au cours du premier passage, 108 UDI ont consenti pour l'enquête et 15 ont refusé l'accès à leur point chauds et, au cours du deuxième passage, 77 UDI ont consenti dont 58 participants au premier passage. Les mêmes points chauds ayant montré un refus au premier passage ont également opposé un refus de non recevoir au second passage. Il est à noter que l'inventaire des points chauds n'avait donné que les points chauds visités ce qui fait penser que tous les points chauds d'UDI avaient été visités. Néanmoins après que l'enquête soit terminée, il a été révélé deux autres points chauds où les informations indépendantes ont fait état de 20 UDI dans ces points chauds.

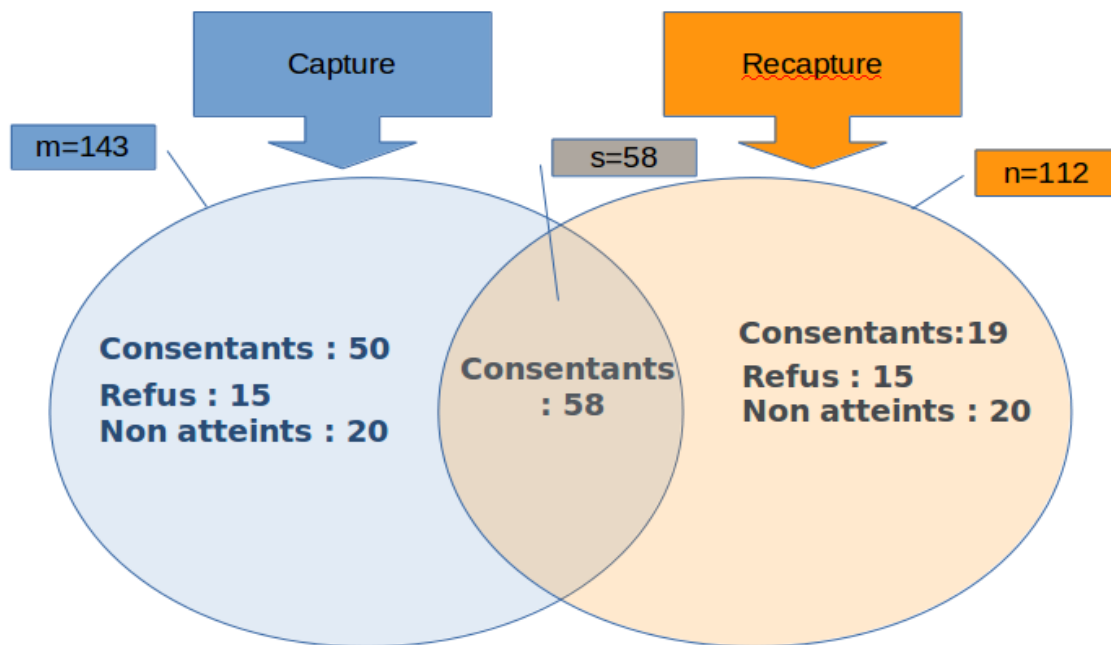


Figure 2: Estimation de la taille des UDI en mairie de Bujumbura

La Figure 2 montre les détails des résultats de l'enquête. En effet, pendant toute la durée de l'enquête, 127 UDI ont participé 35 n'ont étaient atteints. Ces derniers se trouvent dans des hotspots n'ont pas étaient visités soit parce qu'ils ont refusé l'accès des enquêteurs, soit parce que les hotspots ont été découverts après l'étude.

De là nous avons un taux de non atteints de 21,6 %.

Dans le but de produire une estimation non biaisé et un intervalle de confiance, le

package Rmark du logiciel R a été utilisé. Dans ce package, il a été supposé que la population étudiée était fermée (dans le temps entre les deux passages, on suppose qu'aucun facteur n'a pas modifié la population). Trois modèles ont été retenus pour comparaison : un modèle sans source de variation (M_0), un modèle supposant l'existence d'effet temporel (M_t) et un modèle où on suppose un changement de comportement (M_b) entre les deux passages dû aux frais de déplacement (incitation). Cette dernière situation se manifesterait par des différences entre les probabilités d'enrôlement entre les deux passages. Pour chaque modèle le tableau présente les valeurs estimées et les valeurs corrigées pour non atteinte.

Tableau 14: Modèle d'estimation de la taille de la population d'UDI

	Modèle M_0	Modèle M_t	Modèle M_b
Nombre d'UDI (Phase 1, Phase 2)	(108 ; 77)	(108 ; 77)	(108 ; 77)
Nombre recapture	58	58	58
Nombre d'UDI enquêtés	127	127	127
Nombre d'UDI estimé	147,5	143,4	131,1
Erreur standard	7,2	6,4	2,9
Intervalle de Confiance	(133,4 ; 161,6)	(130,9 ; 155,9)	(125,4 ; 136,8)
Probabilités estimée (Phase1,Phase2)	(0,73 ; 0,52)	(0,75 ; 0,54)	(0,82 ; 0,59)
Eléments de comparaison des 3 modèles			
Déviance	14,4	0	0
Degré de liberté	1	0	0
CIA	34,9	22,4	22,4
Taille estimée après correction pour non atteints	179,4	174,4	159,4

Le CIA, Critère d'Information d'Akaike, le plus petit étant celui du meilleur modèle, les modèles saturés M_t et M_b sont retenus et sont de même performance. Aucun critère ne parvient à départager les deux modèles. L'information à retenir est que la participation a été fonction du temps ou qu'elle a été affectée par l'incitation. En supposant que la variabilité dans la participation est due au facteur « temps » plutôt qu'à l'incitation, on retrouve les estimations classiques où l'estimation de la taille de la population est $N=m*n/s$ et l'erreur standard donnée par $m*n*(m-s)*(n-s)/s^3$.

Ainsi le nombre d'UDI en mairie de Bujumbura est estimé à 175. Ce nombre augmentera beaucoup si des sensibilisations sur les méfaits de la drogue ne sont pas faites en urgence au près des adolescents.

6. Poursuites policières et emprisonnements

La plupart des UDI (77,2%) ont été maltraité par la police pour cause de consommation de drogues au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête et 75,6 % ont déjà été arrêtés par la police. Parmi ces derniers, 31,3 % ont été arrêtés 5 fois ou plus au cours de 12 derniers mois précédent l'enquête.

Presque la moitié des UDI (55,1 %) ont déjà logé dans les prisons et parmi ces derniers 34,3 % ont partagé des aiguilles lorsqu'ils été en prison.

La peur d'être appréhendé par les forces de sécurité est un fait réel qui limite fortement l'accès aux services de santé. En effet, les UDI ont tendance à vivre cachés et à ne pas recourir spontanément et ouvertement aux services de santé publics hormis ceux de quelques associations dédiées aux services de ces populations clés. Cela a pour conséquences, non seulement le non accès aux de santé curatifs, mais également aux soins de santé préventifs, aux informations de base et contribue également à la discrimination et stigmatisation.

Tableau 15: Poursuites policières chez les UDI

		Effectif	%
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été maltraité par la police à cause de la consommation de drogues?	Non	29	22,8
	Oui	98	77,2
	Total	127	100
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été arrêté par la police à cause de la consommation de la drogue?	Non	31	24,4
	Oui	96	75,6
	Total	127	100
Combien de fois avez-vous été arrêté par la police?	1	13	13,5
	2	13	13,5
	3	21	21,9
	4	9	9,4
	5-10	23	24,0
	> 10	7	7,3
	Ne sait plus	7	7,3
	Non réponse	3	3,1
	Total	96	100
Avez-vous déjà été en prison?	Non	57	44,9
	Oui	70	55,1
	Total	127	100
La dernière fois que vous étiez en prison, avez-vous utilisé une aiguille utilisée par un autre?	Non	46	65,7
	Oui	24	34,3
	Total	70	100

7. Aspect juridique et droits humains : cadre légal et réglementaire régissant l'usage de la drogue de stupéfiants au Burundi

Le cadre légal et réglementaire applicable à l'usage de drogues et stupéfiants au Burundi est constitué des instruments juridiques relevant du droit interne et des instruments juridiques du ressort du droit international.

Au niveau du droit interne, l'usage de drogues et stupéfiants est régi par la loi n°1/05 du 22 avril 2009 portant révision du code pénal, le décret n° 100/150 du 20/9/1980 portant organisation de l'exercice de la pharmacie et l'ordonnance ministérielle n° 630/140 du 26 mai 1989 portant liste des substances classées comme stupéfiants.

Au niveau du droit international, le Burundi a ratifié les instruments ci-après :

- La Convention unique sur les stupéfiants de 1961 ;
- La convention de 1971 sur les substances psychotropes ;
- La convention des Nations Unies contre le trafic de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

Par leur ratification par le Burundi, ces conventions ont été intégrées dans le droit interne et sont donc applicables au même pied d'égalité que les dispositions du droit interne.

La loi n°1/05 du 22 avril 2009 portant révision du code pénal

Le code pénal burundais a inscrit la répression de l'usage de stupéfiants en son titre 7 consacré aux infractions contre la sécurité publique, plus précisément au chapitre 6 à partir de l'article 489 jusqu'à l'article 497.

Ces dispositions présentent le régime répressif appliqué aux personnes qui se rendent coupables d'usage de stupéfiants.

En son article 489, le code pénal définit les stupéfiants comme des substances ou plantes classées comme telles en application des dispositions de l'ordonnance du Ministre ayant la santé publique dans ses attributions. Le code en interdit ensuite la culture, la vente, le transport, la détention et la consommation sauf dans les cas et les conditions déterminés par l'ordonnance du Ministre ayant la santé publique dans ses attributions (article 490).

Le code établit une échelle de gravité des peines selon la nature des faits incriminés (contraventions aux dispositions réglementaires, article 491 ; production, importation,

fabrication ou exportation) et l'existence ou non de circonstances aggravantes comme celles liées à la pluralité d'auteurs (bande organisée) ou au statut du destinataire de la drogue et des stupéfiants (mineurs de moins de 18 ans).

L'Ordonnance Ministérielle n° 630/140 du 26 mai 1989 portant liste des substances classées comme stupéfiants

En vertu de l'article 1 de cette ordonnance, sont classées comme stupéfiants et tombent sous l'application des textes légaux et réglementaire y relatifs les substances suivantes :

Les stupéfiants inclus dans le tableau 1 de la convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972 et/ou dans le groupe I de la convention de 1931 pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants² ;

Les stupéfiants inclus dans le tableau 2 de la convention unique sur les stupéfiants de 1961 et/ou dans le tableau II de la convention de 1931 pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants³.

Selon l'article 2 de l'ordonnance sous examen, seuls les stupéfiants à usage médical et scientifique peuvent être importés ou détenus au Burundi et cette importation ou détention est soumise à l'autorisation écrite préalable du pharmacien inspecteur général des pharmacies ou de son délégué.

Suivant la liste⁴ que nous avons consultée à la DPML, 12 sortes de stupéfiants et psychotropes sont utilisés au Burundi.

Les conditions et les formalités exigées pour fabriquer, détenir, importer, exporter, entreposer, délivrer ou acquérir à titre onéreux ou à titre gratuit des stupéfiants sont

2

Voir la liste de ces substances parmi les documents annexes

3

Voir la liste de ces substances parmi les documents annexes

4

Morphine, diazepam, phentanyl, pethidine, phenobarbital, medazolam, clorazepam, alprazolam, ketamine, clobazam, ephedrine, pseudoephedrine.

déterminées dans le chapitre V du décret n° 100/150 du 30 septembre 1980 portant organisation de l'exercice de la pharmacie.

L'ordonnance énumère en son article 4 des préparations qui ne sont pas soumises à l'autorisation préalable d'importation ou d'exportation au Burundi.

Décret n° 100/150 du 20/9/1980 portant Organisation de l'Exercice de la pharmacie

Ce décret définit la drogue comme étant « un produit ou substance minérale, végétale ou animale pouvant être utilisée à des fins pharmaceutiques, soit à l'état naturel, soit comme matière première. »(Article 5).

L'importation et l'exportation des stupéfiants sont subordonnées à une autorisation préalable du pharmacien inspecteur général des pharmacies ou de son délégué. Les stupéfiants ne peuvent être déclarés à l'entrée au Burundi que pour la consommation, le transit direct et l'entreposage. (Articles 29, 30,31). La même autorisation est préalable pour celui qui veut fabriquer, détenir, vendre ou offrir en vente, délivrer ou acquérir des stupéfiants à titre onéreux ou même gratuit. Il est interdit de transporter des stupéfiants pour le compte d'une personne qui n'en est pas autorisée. (Articles 34 et 36). Toute délivrance de stupéfiants ne peut se faire que sur production d'une ordonnance dûment datée et signée par un médecin. (Article 37).

8. Ampleur de phénomène d'usage des drogues par injection et circuit d'approvisionnement

En dépit de l'absence de données statistiques officielles, l'usage de la drogue injectable est une réalité au Burundi. En témoignent les saisies de drogues synthétiques parfois opérées par la police même si au vu de leur faible quantité, ces saisies ne reflètent pas probablement la véritable portée de ce phénomène.

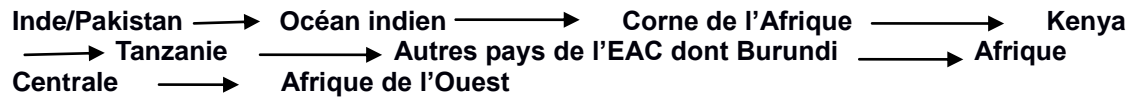
Selon des informations issues de personnes qui ont une connaissance des milieux de consommateurs pour avoir eux-mêmes été des usagers de drogue injectable par le passé, en Mairie d Bujumbura, sur 20 jeunes entre 10 et 35 ans, 2,5 jeunes consommeraient la

drogue.

D'après cette même source, cette proportion serait de 1,8 jeunes dans la ville de Gitega et le phénomène existerait partout dans le pays avec une acuité dans les centres urbains⁵.

Selon les informations du BuNPUD recueillies aux cours de la mission de recrutement des membres et de consolidation du réseau, il y a

S'agissant du circuit de la drogue consommée au Burundi, il est décliné à travers le couloir ci-après :



C'est pourquoi, d'après nos informateurs, la drogue est vendue moins chère au Kenya qu'au Burundi.

En outre, la drogue est piratée tout au long du circuit et mélangée avec d'autres produits, ce qui en augmente d'autant ses méfaits sur la santé qui se traduit par le développement de graves infections difficiles à prendre en charge.

5

Entretien avec des anciens UDI résident à Bujumbura

CHAPITRE IV. CONCLUSION S ET RECOMMANDATIONS

4.1. Principales Conclusions

Usage de la drogue injectable : méfaits et risques

L'usage de la drogue injectable est un comportement qui expose le consommateur aux risques sanitaires et sociaux les plus graves en constituant notamment⁶ :

- Une porte d'entrée des infections (VIH, Hépatites, IST etc.) ;
- Une porte d'entrée de la toxicomanie/dépendance avec comme corollaire l'adoption de comportements délinquants (vols, prostitution, violences diverses) pour se procurer l'argent nécessaire pour acheter la drogue ;
- Discrimination et stigmatisation dans le milieu de vie ;
- Auto-discrimination ;
- Propagation des infections dont le VIH et les hépatites.

Les conséquences néfastes des drogues sur la santé dépendent entre autres de leur mode d'administration. Les personnes qui pratiquent l'injection, en particulier, sont beaucoup plus exposées au risque d'overdose ou d'infection, y compris de transmission de virus à diffusion hématogène tels que le VIH et le virus de l'hépatite C, que celles qui fument, avalent, sniffent ou inhalent des drogues.

La consommation de drogues peut avoir des répercussions sur la santé de la société en général étant donné que les usagers de drogues injectables peuvent transmettre des maladies sexuellement transmissibles à d'autres sous-groupes et à la population dans son ensemble. Plusieurs études corroborent par ailleurs l'hypothèse selon laquelle la consommation de certains stimulants (par injection ou non) peut influencer le comportement sexuel en lui-même et augmenter ainsi la probabilité de conduites à haut risque et de transmission par voie sexuelle ; un phénomène qui suscite des préoccupations, notamment en ce qui concerne certains groupes à risque tels que les

6

Idem

hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes⁷.

Les usagers de drogues injectables constituent une population particulièrement à risque par rapport au VIH et aux hépatites B et C, étant donné que près d'un tiers des nouvelles infections à VIH survenant hors d'Afrique subsaharienne les concernent⁸.

L'insalubrité des lieux de consommation de la drogue injectable et les conditions de prise de cette drogue constituent une véritable piste de propagation de maladies infectieuses telles que les dermatoses, les infections respiratoires ainsi que les maladies des mains sales.

Groupe à haut risque

Le groupe à haut risque est constitué des jeunes de 10 à 35 ans et l'adolescence est la période critique potentiellement favorable à la drogue.

Mobile de consommation de drogue

Les principales raisons évoquées qui poussent les UDI à la consommation des drogues sont principalement :

- Influence des amis (l'influence de « la génération », esprit d'équipe, avoir eu envie de goûter) ;
- Besoin d'affirmation (dopage) (dans les rapports sexuels, performance dans les jeux de groupes comme le football) ;
- Fréquentation des milieux de consommation de drogues comme les boîtes de nuit ;
- Vaincre les problèmes quotidiens et notamment pour avoir du sommeil ;
- Manque d'encadrement suite à la mort des parents, blessures dues au divorce des parents, mauvais voisinage avec des parents remariés ;
- Manque d'espoir ;
- Dilapidation de l'héritage familial au détriment de l'intérêt des enfants

7

Rapport mondial sur les drogues 2016, ONUDC, pp 16-17

8

Idem

- héritiers par des parents proches;
- Situation d'extrême pauvreté ;
 - Antécédents d'emprisonnements arbitraires/abusifs ;
 - Expérimentation de scènes de violences horribles (corps en uniformes, membres de mouvements armés) lors des conflits armés;
 - Antécédents de victime de violences sexuelles pour les filles.

Quid de l'accès aux soins de santé des UDI ?

En termes d'accès aux services de santé, les usagers de drogues font face à divers obstacles qui se manifestent à travers les éléments ci-après :

- Une bonne partie d'entre eux ne consultent pas faute de ressources ;
- Ils sont victimes de discrimination en milieu de soins par les médecins et autres prestataires de soins qui ont tendance à les référer aux services de prise en charge des malades mentaux alors que les usagers de drogue ne sont pas des malades mentaux ;
- Les soins propres aux usagers de drogue injectable (pour overdose ou manque) ne sont pas disponibles ;
- Certains décèdent suite à des pathologies qui ne sont pas traitées ;
- Ils n'ont pas accès à l'information de base en matière de santé ;
- Les prestataires de soins ne sont pas informés sur les éléments clés de la stratégie de réduction des méfaits liés à l'usage de la drogue ;
- Beaucoup d'usagers de drogue sont délaissés par leurs parents qui les considèrent comme des personnes perdues ;
- Ils tombent dans le désespoir de plus bel et tentent de traiter le mal par le mal en continuant à consommer la drogue⁹.

9

Entretien avec un ancien usager de la drogue injectable résident à Bujumbura

Les principaux goulots d'étranglement

Les principaux goulots d'étranglement constatés sont entre autre:

- ✗ l'environnement juridique qui limite la distribution officielle des aiguilles et seringues ;
- ✗ le non agrément juridique du réseau qui ne permet pas de bénéficier des fonds pour la location et la fonctionnalité d'un siège dans le cadre de la mise en œuvre de la subvention actuelle du Fonds mondial ;
- ✗ manque de formation et sensibilisation appropriée ;
- ✗ incohérence de l'action judiciaire qui punit les consommateurs au lieu de punir les dealers et lutter contre les trafiquants. En effet, les UDI devraient être compris comme des personnes à rééduquer pour sortir de leur état car étant déjà dépendants de la drogue, la consommation de la drogue n'est plus un choix mais une obligation à moins que des politiques de réhabilitation et traitement de manque soient initiés.

Estimation de la taille d'UDI en Marie de Bujumbura et prévalence du VIH, VHB et VHC

Le nombre d'UDI en Mairie de Bujumbura est estimé à 175.

Parmi les UDI enquêtés, 10.2 % étaient séropositifs, 9.4 % avaient le virus de l'hépatite B tandis que 5.5 % avaient le virus de l'hépatite C.

En plus de la liaison de la prévalence du VIH et du partage du contenu des seringues déduite plus haut, le constat ici est que la séroprévalence du VIH est plus liée aux rapport non protégés qu'au partage des seringues.

4.2. Recommandations

Pour faire face efficacement au phénomène d'abus de drogue injectable et ses conséquences néfastes sur le plan sanitaire en particulier en termes de risques d'infection par le VIH, une action combinant les aspects de prévention et de réduction des

risques/méfais liés à ce phénomène s'avère nécessaire. En particulier les institutions publiques, les partenaires techniques et financiers du pays et les acteurs communautaires sont interpellés.

Ceci nous amène à formuler quelques recommandations à l'endroit de ces entités.

4.2.1 Aux institutions publiques

Aux deux chambres du parlement

- Le parlement est sollicité à suivre les activités des ministères techniques en vue de favoriser l'environnement politico-socio-juridique, pour l'acceptabilité et l'intégration sociale des usagers de drogues.

Au Gouvernemental

Une action conjointe entre plusieurs ministères : Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida, Ministère de la Sécurité Publique, Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Justice pour la mise en œuvre des lois et des politiques qui garantissent le plein exercice de tous les droits de l'homme et toutes les libertés fondamentales pour les jeunes, en particulier ceux exposés à un risque élevé d'infection par le VIH, de façon à éliminer la stigmatisation et la discrimination auxquelles ils font face;

Au Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le Sida

En termes de mesures de prévention :

- Mettre en place un programme d'information, éducation, communication et conseil sur la réduction des risques de santé liées à l'usage de la drogue ;
- Mettre en place un service d'addictologie, une psychothérapie de groupe ;
- Intégrer en milieu scolaire la thématique drogue dans les clubs santé ;
- Mettre en place des programmes de distribution de préservatifs, d'aiguilles et de seringues en faveur des usagers de la drogue ;
- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination des toxicomanes en

milieu de soins en incluant notamment un UDI dans les structures d'accueil ;

- le renforcement des capacités à l'endroit des professionnels de santé pour offrir des services adaptés aux besoins des populations clés et vulnérables
- Renforcer les entités techniques concernées au Ministère de la Santé et de Lutte contre le Sida.

En termes de prise en charge et de réduction des méfaits :

- Assurer le traitement de la dépendance notamment par la mise en place de la thérapie de substitution aux opioïdes (traitement à la méthadone), mettre en place un service de détoxication ;
- Assurer le traitement VIH/TB et VHB/C aux usagers de la drogue dépisté ;
- Assurer la prise en charge des IST parmi les usagers de drogue ;
- Assurer la formation d'un personnel de santé pour assurer le traitement, la posture, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes qui abusent de stupéfiants ;
- Mettre en place des programmes de désintoxication et de réhabilitation en faveur des usagers de la drogue ;

Aux autorités policières et judiciaires et autorités étatiques en charge de la protection des droits de l'homme

- Privilégier les peines alternatives à l'emprisonnement pour les usagers de drogues étant donné que l'incarcération produit souvent un effet pervers quant à l'usage de la drogue ;
- Renforcer l'interdiction de l'usage de drogues dans le milieu pénitentiaire et la réinsertion socio-professionnelle après la prison ;
- Prendre toutes les mesures possibles pour aider les personnes qui

participent à la gestion du phénomène de l'usage de la drogue dans l'exercice de leur profession à :

- acquérir la connaissance des problèmes posés par l'abus des stupéfiants et par sa prévention,
- développer cette connaissance dans le grand public car ce phénomène se répand très largement
- développer des mécanismes de collaboration entre les structures en charge de la gestion du phénomène de l'usage des drogues.

4.2.2 Aux partenaires techniques et financiers

- Appuyer techniquement et financièrement les programmes de prévention, de prise en charge et de réduction des méfaits liés à l'usage de la drogue initiés par le gouvernement et les acteurs communautaires ;
- Renforcer les capacités techniques de tous les partenaires impliqués pour secourir les UDI (formation du personnel sur la prise en charge effective des UDI, appui matériel de la clinique).

4.2.3 Aux acteurs communautaires

- Sensibiliser et encadrer les communautés à l'usage de drogue ;
- Envisager la consommation de comme un problème de santé publique
- En cas de consommation avérée de drogues, référer sans délai la personne aux médecins et spécialistes de la toxicomanie ;
- Initier des programmes de paire éducation par et pour les usagers de la drogue.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aanensen DM, Huntley DM, Menegazzo M, Powell CI, Spratt BGet al., (2014). EpiCollect+: linking smartphones to web applications for complex data collection projects., *F1000Res*, Vol: 3
2. Diane Mpinganzima and Sharon S. Weir, (2014). Burundi PLACE Report, Burundi: CNLS.
3. Joint United Nations Programme on HIV / AIDS [UNAIDS], (2016).90-90-90. On the right track towards the global target, UNAIDS: Geneva.
4. ONUDC (2016). Rapport mondial sur les drogues 2016, , pp 16-17 (accessible sur https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_french.pdf, au 6/6/2017).
5. Volz, E.; Wejnert, C.; Cameron, C.; Spiller, M.; Barash, V.; Degani, I.; and Heckathorn, D.D. (2012). Respondent-Driven Sampling Analysis Tool (RDSAT) Version 7.1. Ithaca, NY: Cornell University.
6. Wirtz AL, Mehta SH, Latkin C, Zelaya CE, Galai N, Peryshkina A, et al. (2016). Comparison of Respondent Driven Sampling Estimators to Determine HIV Prevalence and Population Characteristics among Men Who Have Sex with Men in Moscow, Russia. *PLoS ONE* 11(6): e0155519. doi:10.1371/journal.pone.0155519
7. World Health Organization (2010), Guidelines on Estimating the Size of Populations Most at Risk to HIV

ANNEXE

Ordonnance Ministérielle n° 630/140 du 26 mai 1989 Portant liste des substances classées comme stupéfiants.

Article 1

Sont classées comme stupéfiants et tombent sous l'application des textes légaux et réglementaires y relatifs les substances suivantes:

Première partie-Stupéfiants sous contrôle international.

1. Stupéfiants inclus dans le Tableau 1 de la Convention de 1961 et/ou dans le Groupe I de la Convention de 1931.

- Acétorphine
- Acéthylméthadol
- Alfentanil
- Allylprodine
- Alphacéthylméthadol
- Alphaméprodine
- Alphaméthadol
- Alphaprodine
- Aniléridine
- Benzéthidine
- Benzylmorphine
- Bétacéthylméthadol
- Bétaméprodine
- Bétaméthadol
- Bétaprodine
- Bézitramide
- Butyrate de dioxaphétyl
- Cannabis (chanvre indien), et résine de cannabis (résine de chanvre indien)
- Cétobémidone
- Clonitazène
- COCA (Feuille de)
- Cocaine (estes méthylique de la benzoylcgonide)
- Codoxine
- Concentré de feuille de pavot (matière obtenue lorsque la paille de pavot a subi un traitement en vue de la concentration des alcaloïdes, lorsque cette matière est mise dans le commerce)
- Désomorphine
- Dextromoramide
- Diampromide
- Diéthylthiambutène
- Difénoxine
- Dihydromorphine

- Diménoxadol
- Diméphpheptanol
- Diméthylthiambutène
- Diphénoxylate
- Dipipanone
- Drotébanol
- Ecgonine, ses esters et dérivés qui sont transformables en ecgonine et cocaïne
- Ethylméthylthiambutène
- Etonitazène
- Etorphime
- Etoxéridine
- Fentanyl
- Furéthidine
- Héroïne (diacétylmorphine)
- Hydrocodone
- Hydromorphinol
- Hydromorphone
- Hydroxypéthidine
- Isométhadone
- Lévométhorphane
- Lévophénacylmorphane
- Lévorphanol
- Métazocine
- Méthadone
- Méthylésorphine
- Méthyldihydromorphine
- Métopon
- Moramide
- Morphéridine
- Morphine
- Morphine
- N-oxymorphine
- Myrophine
- Nicomorphine
- Noracyméthadol
- Norlévorphanol
- Norméthadone
- Normorphine
- Norpipanone
- Opium
- Oxycodone
- Oxymorphone
- Péthidine
- Péthidinexine
- Phénadoxone

- Phénampromide
 - Phénazocine
 - Phénomorphane
 - Phénopéridine
 - Piminodine
 - Piritramide
 - Proheptazine
 - Piritramide
 - Prohptazine
 - Propéridine
 - Racéméthorphane
 - Racémoramide
 - Racémorphane
 - Sufentanil
 - Thébacone
 - Thébaïne
 - Tilidine
 - Trimépéridine (triméthyl -1, 2, 5 phényl-4 propionoxy —4 pipéridine) et les isomères des stupéfiants inscrits au Tableau, sauf exception expresse dans tous les cas où ces isomères peuvent exister conformément à la désignation chimique spécifiée.
- Les esters et les éthers des stupéfiants inscrits au présent tableau, à moins qu'ils ne figurent dans un autre tableau, dans tous les cas où ces esters et éther peuvent exister.
- Les sels des stupéfiants inscrits au présent tableau y compris les sels d'esters, d'éthers et d'isomères visés ci-dessus, dans tous les cas où ces sels peuvent exister.

2. Stupéfiants inclus dans le Tableau II de la Convention de 1961 et ou dans le Groupe II de la Convention de 1931.

- Acétyldihydrocodéine
- Codéine (3-méthylmorphine)
- Dextropropoxyphène ((+) — diméthylamino — 4 méthyl-3 diphényl-1, 2 propionyloxy —2 butane)
- Dihydrocodéine
- Ethylmorphine (3-éthylmorphine)
- Nicocodine (nicotiny-6 codéine)
- Nicodicodine (6-nicotinyldihydrocodéine)
- Norcodéine (N-déméthylcodéine)
- Pholcodine (morpholinyléthylmorphine)
- Propiram (N- (méthyl-1 pipéridino-2 éthyl) N- (pyridyl-2) - propionamide).

Les isomères des stupéfiants inscrits au Tableau, sauf exception expresse dans tous les cas où ces isomères peuvent exister conformément à la désignation chimique spécifiée;

Les sels des stupéfiants inscrits au présent Tableau, y compris les sels de leurs isomères visés ci-dessus, dans tous les cas où ces sels peuvent exister.