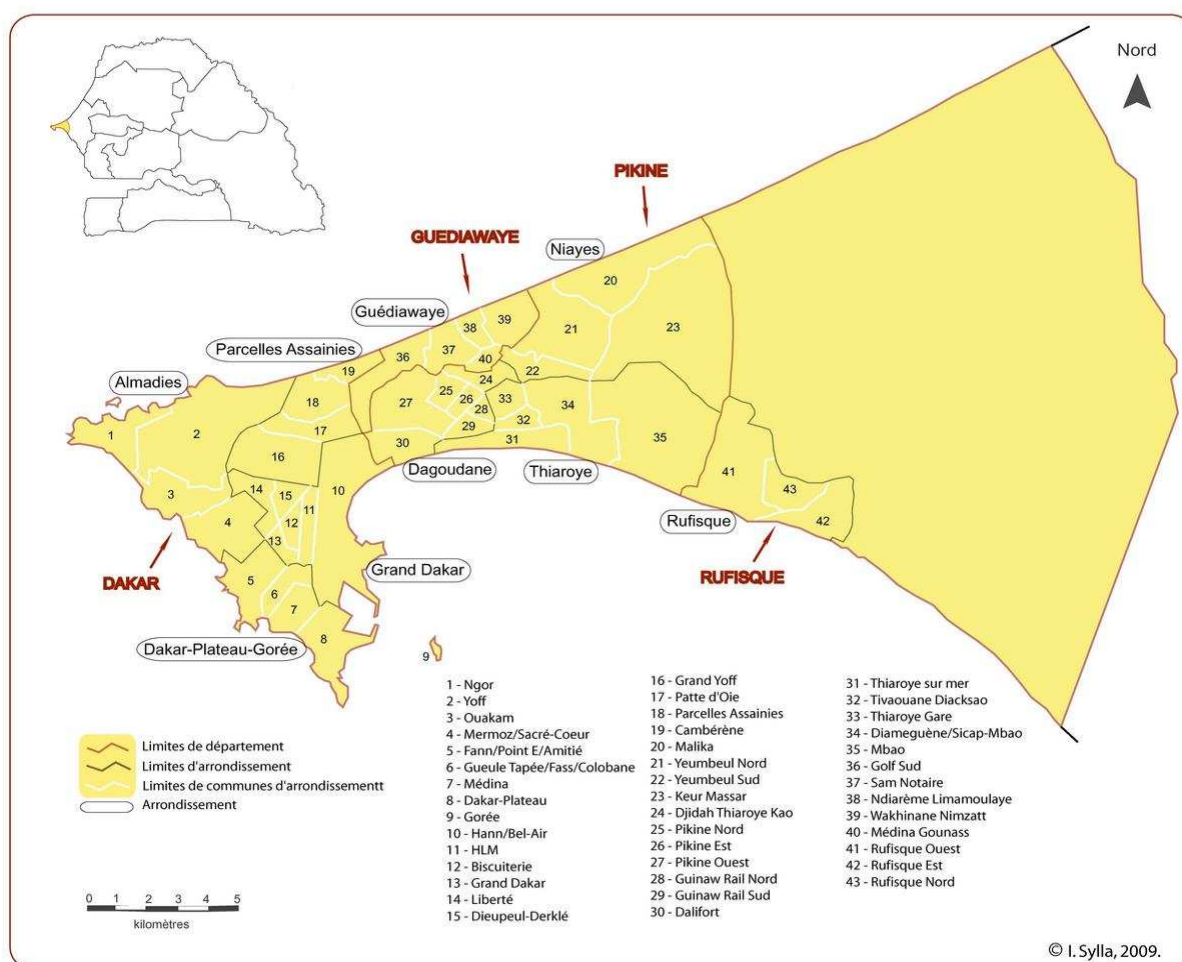


Etude ANRS 12243

Rapport final

ENQUETE DE PREVALENCE ET DE PRATIQUES A RISQUES D'INFECTION A VIH, VHB, ET VHC
CHEZ LES USAGERS DE DROGUES DANS LA REGION DE DAKAR (SENEGAL).



Annie Leprêtre et Idrissa Ba – Février 2014

Sigles et des acronymes

AFRAVIH – Alliance Francophone des Acteurs de Santé contre le VIH

ANRS – Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales

BZD - Benzodiazepines

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CEPIAD – Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions à Dakar

CILD – Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue

CNERS – Comité National d’Ethique pour la Recherche en Santé

CNLS – Comité National de Lutte contre le Sida

CRCF – Centre Régional de Recherche et de Formation

CTA – Centre de Traitement Ambulatoire

DBS – Dried Blood Sample

DLSI – Division de la Lutte contre le Sida

ESTHER – Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau

FEI – France Expertise Internationale

FONSELUD – Fédération des ONG du Sénégal de Lutte contre la Drogue

IEC – Information, Education, Communication

IRD – Institut de Recherche pour le Développement

IMEA – Institut de Médecine et d’Epidémiologie Appliquée

MAE – Ministère des Affaires Etrangères

MEC – Médecin d’Etudes Cliniques

OFDT – Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA – Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUDC – Office des Nations Unies contre la Droque et le Crime

PvVIH – Personne Vivant avec le VIH

RDR – Réduction des Risques liés à l'usage de droque(s)

RDS – Respondent Driven Sampling (méthode d'échantillonnage orientée par les répondants)

SMI – Service des Maladies Infectieuses (du CHU de Fann)

UDI – Usager de droque(s) Injectable(s)

UDSEN – Usagers de Drogues au Sénégal

UMR – Unité Mixte de Recherche

Sommaire

1. RAPPEL : CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ENQUETE

1.1 Le contexte	p 6
1.2 Objectifs de l'enquête	p 8
1.3 Méthodologies	p 8
1.3.1 Méthodologies de recrutement des participants	p 8
1.3.1.1 Le recrutement pour l'enquête de prévalence	p 8
1.3.1.2 L'estimation de la taille de la population	p 9
1.3.2 Méthodologie des prélèvements biologiques	p 9
1.3.3 Analyse des données	p 9

2. LA PREPARATION DE L'ENQUETE : octobre 2010-mars 2011

2.1 Finalisation du protocole de recherche et soumission au comité d'éthique	p 10
2.2. Le travail de terrain préparatoire	p 11
2.3. Formations préparatoires	p 13
2.3.1 Dans le cadre du projet de formation complémentaire UDSen/ESTHER	p 13
2.3.2 Formations dans le cadre de l'enquête	p 14
2.4. Recrutement du personnel de l'enquête	p 14
2.5 Mise en place des supports techniques	p 15

3 L'ENQUETE

3.1 Semaine de formation à l'enquête du 05 au 09 avril 2011	p 15
3.2. Phase de « capture » pour l'étude de taille du 11 au 23 avril 2011	p 16
3.3. Phase d'enquête et de recapture : 19 avril au 15 juillet 2011	p 16
3.4. Saisies des questionnaires socio-comportementaux et sauvegarde des données	p 18

4 RESULTATS DE L'ENQUETE

4.1 Les principaux résultats	p 19
4.2 Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon	p 19
4.3 Produits et modes de consommation	p 20
4.4 Connaissance des modes de transmission du VIH et du VHC en rapport avec usage de drogue(s) et croyances	p 23
4.5 Une sexualité active et peu protégée	p 23
4.6 Dépistages et accès aux soins	p 23

5 RESTITUTION DES RESULTATS DE L'ENQUETE

5.1 Le rendu des résultats de leurs sérologies aux recrues	p 24
5.2 Restitution des résultats aux différents acteurs	p 25

6 RETOMBÉES DE L'ENQUÊTE	p 26
6.1. Décisions du comité de suivi du 6 octobre 2011	p 26
6.2 Poursuite du travail de terrain et de l'accès aux soins des UDI	p 27
6.3 Le travail de recherche post enquête	p 27
6.3.1 Suivi des décès	p 28
6.3.2. Les études en Sciences Humaines et Sociales	p 28
6.3.3. Réalisation de l'étude virologique complémentaire sur le VHC	p 29
7 PERSPECTIVES : la construction du CEPIAD est en cours	p 29
7.1 Le programme national de RDR	p 29
7.2 Poursuite des recherches sur le VHC	p 30
7.3 Poursuite des recherches en sciences sociales	p 30
7.4 Valorisation scientifique	p 31
8. PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS	p 31
9 ANNEXES	p 33
Annexe 1: les résultats de la pré-enquête qualitative	p 33
Annexe 2 : le coupon de recrutement	p 43
Annexe 3 : la lettre d'information	p 44
Annexe 4 : le formulaire de recueil du consentement	p 47
Annexe 5 : le circuit de l'enquêté	p 49
Annexe 6 : le questionnaire socio-comportemental	p 50
Annexe 7 : le matériel d'IEC	p 52

1 RAPPEL : CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ENQUETE

1.1 Le contexte

Il s'agissait d'un projet de recherche « pays en développement ».

La durée de l'étude a été de 24 mois, de janvier 2011 à décembre 2012. L'enquête a eu lieu d'avril à juillet 2011 et ses premiers résultats ont été présentés au 16ème ICASA (Addis 4-8 déc. 2011).

Responsable scientifique de l'équipe française : Dr Annie Leprêtre, IMEA/hôpital Bichat.

Membres de l'équipe française: Pr Pierre-Marie Girard, IMEA/hôpital Saint Antoine. Dr Gilles Raguin et Sandra Perrot (ESTHER Paris), Abdalla Toufik, OFDT. Dr Karine Lacombe et Pr F. Carrat, centre de méthodologie, Unité Inserm UMR-707, hôpital Saint-Antoine.

Dr Maryvonne Maynard, Expert Technique International MAEE/ANRS, Mme Estelle Simen, Moniteur d'Etude Clinique ANRS, Mme Nogaye Gaye, Moniteur d'Etude Clinique ANRS, Pr Alice Desclaux ; Institut de Recherche pour le Développement. Mme Caroline Desclaux Sall, doctorante en santé publique au CRCF.

Responsable scientifique de l'équipe sénégalaise : Idrissa Ba, IREP (Faculté de Médecine Université Cheikh Anta Diop)/CHNU Thiaroye.

Membres de l'équipe sénégalaise : Dr Ibra Ndoye, secrétaire exécutif du CNLS du Sénégal, Pr Salif Sow CRCF/Service des maladies infectieuses CHU Fann, Dr Ndéye Fatou Ngom Gueye/CTA du SMI CHU Fann, Pr Moussa Seydi, SMI CHU Fann, Pr Toure Kane Coumba, LBV, hôpital le Dantec, Dr Karim Diop (ESTHER Sénégal), Pr Momar Gueye, Pr Mamadou Habib Thiam et Dr Pape Lamine, IREP/service de psychiatrie CHU Fann.

Mr Albert Gauthier Dione, doctorant en sociologie au CRCF, Dr Judicael Tine, CRCF/CHNU Fann et les membres de l'équipe d'outreach (Mme Fatou Fall Diop, Mr Ameth Issa Gueye, Mr Mbaye Ndiaye, Mme Ndeye Rokhaya Diop, Mr Abou Diouf, Mme Awa Diaw, Mr Ousmane Gaye, Mme Safietou Diallo, Mr Galandou Gueye).

Le projet UDSN (pour Usagers de Drogue(s) au Sénégal) a débuté en Août 2008.

Il avait pour but d'objectiver la vulnérabilité au VIH des usagers de drogue(s) injectable(s) au Sénégal et de promouvoir des réponses sanitaires pour ce groupe vulnérable qui ne faisait pas parti des groupes cibles du Plan Stratégique de Lutte contre le Sida du Sénégal 2007-2011.

Il s'inscrit dans la lignée des travaux menés depuis plus de dix ans au sein des populations réputées difficiles à étudier, notamment les prostituées clandestines et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes au Sénégal par le site ANRS en collaboration étroite avec le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS).

Fort de ce solide compagnonnage (ESTHER/SMIT Saint Antoine/ANRS/IMEA), le CNLS a fait appel à ses partenaires pour aborder une problématique jusqu'alors peu explorée en Afrique sub-saharienne.

Une étude de faisabilité de cette enquête, soutenue par l'ANRS (étude 12208) et l'IMEA (étude 0806) a été conduite en 2009 par les Dr Ba et Leprêtre. Elle a conclu à la faisabilité et la pertinence d'une telle démarche et permis de co-construire le design de l'enquête avec l'ensemble des partenaires impliqués.

Cette enquête s'inscrivait dans une démarche de recherche opérationnelle : elle visait à permettre la mise en place d'interventions de santé publique dans les suites de l'enquête, à savoir des actions de réduction des risques pour les usagers de cocaïne/crack et/ou d'héroïne : programmes d'outreach, de distribution de seringues et d'accès à des traitements de substitution pour les usagers dépendants à l'héroïne. Elle s'est donc inscrite dans le processus de formation participative débuté dès l'étape de faisabilité, visant à former les futurs acteurs de ses interventions de santé à travers leur participation à la recherche.

Un comité de suivi décisionnel (CNLS, ONUDC, ESTHER, (ONUSIDA, OMS), médecins infectiologues et psychiatres, anthropologue, sociologue, PVVIH, Centre Jacques Chirac¹) a été mis en place dès la phase de faisabilité.

Ce comité a joué un rôle majeur dans le partage de l'état d'avancement du projet, du plaidoyer et de la réactivité face aux décisions opérationnelles devant être prises.

Ainsi, un important programme de formation sur usage de drogues et réduction des risques infectieux en direction des institutionnels, professionnels de santé et acteurs associatifs, porté par ESTHER et les responsables de l'étude, a débuté en 2010.

De même, en complément de cette enquête, une étude de la taille de la population d'usagers d'héroïne et/ou de cocaïne/crack dans la région de Dakar était demandée par le CNLS.

Enfin, fin 2010, le Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA 2011-2015 du Sénégal intégrait les Usagers de Drogue(s) Injectables (UDI) comme population vulnérable au VIH.

Le financement de l'enquête a été accepté au 2^{ème} appel d'offre de l'ANRS en 2010 avec la même équipe de recherche et de suivi.

¹ Association de prévention et d'accompagnement aux soins, membre de la FONSELUD

1.2 Objectifs

L'objectif général de l'enquête était d'estimer les pratiques à risque et la séroprévalence VIH, VHC et VHB chez les Usagers de Drogues Injectables (UDI), à savoir, l'héroïne et la cocaïne/crack, quelque soit le mode d'usage, dans la région de Dakar.

Les objectifs secondaires étaient :

- 1) Estimer la séroprévalence du VIH, du VHC et du VHB parmi les consommateurs de drogues injectables dans la région de Dakar ;
- 2) Décrire les caractéristiques sociodémographiques des consommateurs de drogues injectables ainsi que leurs pratiques à risque de transmission virale ;
- 3) Estimer la prévalence du recours au mode d'administration intraveineux parmi les usagers d'héroïne et de cocaïne/crack dans la région de Dakar ;
- 4) Identifier des comportements à risques liés à l'injection et aux comportements sexuels au sein de ce groupe ;
- 5) Identifier des comportements à risques liés au mode d'usage et aux comportements sexuels des usagers de drogues non injecteurs.
- 6) Estimer la taille de chaque sous-groupe (injecteurs- non injecteurs) ;
- 7) Déterminer le rôle de la mobilité des usagers de drogues sénégalais ayant séjourné en Europe et des Européens ayant séjourné au Sénégal dans la diffusion de l'injection comme mode d'usage de drogues dans la région de Dakar;
- 8) Identifier les besoins des usagers en matière de prévention de la transmission du VIH, du VHB et du VHC et de soins d'addiction.

1.3 Méthodologies

1.3.1 Méthodologies de recrutement des participants

1.3.1.1 le recrutement pour l'enquête de prévalence

La méthode d'échantillonnage orientée par les répondants, dite RDS (Respondent-driven sampling), validée par le CDC d'Atlanta comme méthodologie de référence de surveillance du VIH dans les populations difficiles à atteindre, a été utilisée.

Nous avons choisi pour base d'enquête le CRCF, situé dans l'enceinte du CHU de Fann et près des quartiers populaires de Dakar. Les horaires d'ouverture de la base (15h-19h), ont été calqués sur les heures d'ouverture au public du CHU de Fann permettant ainsi de garantir l'anonymat et la sécurité des enquêtés.

Critères d'inclusion des participants:

Ont été inclus les usagers de drogues ayant satisfait à un des deux critères non exclusifs suivants :

- Avoir eu recours au mode d'administration intraveineux au cours des trois derniers mois pour injecter des drogues, quel que soit le produit injecté.
- Avoir consommé de l'héroïne ou de la cocaïne/crack au cours des trois derniers mois, quel que soit le mode d'administration.

Tout usager répondant à l'un des deux critères d'inclusion susmentionnés devait aussi remplir les conditions suivantes.

- Avoir résidé de façon permanente dans la région de Dakar au cours des trois derniers mois.
- Être informé et capable d'accorder son consentement éclairé à la participation à l'étude.
- Être en mesure de prouver son appartenance au groupe inclus dans l'étude, soit par des marques physiques (traces de points d'injections récentes) ou en répondant de manière précise et convaincante aux questions éliminatoires posées lors de l'entretien d'inclusion.
- Être âgé de plus de 18 ans ou mineur de plus de 15 ans émancipé.

L'enquête comportait un questionnaire permettant l'analyse des données d'échantillonnage RDS, un questionnaire comportemental² comportant neuf chapitres (Caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles ; produits consommés et fréquences de consommation ; modes d'administration ; pratiques à risques de transmission du VIH, du VHB et VHC ; connaissances des modes de transmission ; incarcération et pratiques à risques en prison ; mobilité des usagers de drogues entre le Sénégal et l'Europe ; pratiques sexuelles à risques ; soins pour des problèmes de drogues ou infectieux) et le recueil de gouttes de sang sur papier buvard.

1.3.1.2 l'estimation de taille de la population

A la demande du CNLS et afin d'obtenir une estimation du nombre d'usagers de drogues injectables dans la région de Dakar, nous avons utilisé la méthode de capture-recapture.

La « capture » a consisté en la distribution aléatoire d'un objet sans valeur (jeton en carton) au sein de la population cible la semaine précédant l'enquête, la « recapture » s'effectuant par le recrutement dans l'enquête.

1.3.2 Méthodologie des prélèvements biologiques

Pour garantir une qualité optimale des données biologiques, de leur prélèvement à leur analyse, l'ensemble de la gestion des prélèvements a été confié aux biologistes du laboratoire de virologie de l'hôpital Le Dantec, dont 4 ont été détachés au CRCF durant l'enquête.

Les gouttes de sang ont recueillies au bout du doigt sur 5 confettis de papier 903[®] (Wathman, GmbH, Dassel, Germany). Après séchage d'au moins 3 heures à température ambiante, ils ont été conservés à 4°C dans un sac de conservation avec dessiccateur pendant 2 semaines en moyenne avant congélation au laboratoire du CRCF.

Les tests VIH utilisés ont été ceux du protocole national, à savoir le Determine[®] HIV-1/2 Ag/Combo kit (Alere Medical Co., Matsuhidai, Matsudo-shi, Chiba, Japan) puis l'ImmunoComb[®] II HIV1 & 2 BiSpot kit (Orgenics, Yavne, Israel) pour le test de confirmation. Les sérologies VHC et VHB ont été respectivement réalisées avec le VEDALAB-HCV-CHECK-1 kit and HEP-CHECK-1 kit (VEDA LAB, Alencon, France).

² En annexe page 33

1.3.3 Analyse des données

a) Description des données

Les variables catégorielles relevées sont exprimées par leur effectif et leur pourcentage avec intervalle de confiance à 95%. Les variables quantitatives sont décrites par leur moyenne avec écart-type pour celles à distribution normale et par leur médiane avec IQR pour celles dont la distribution n'est pas normale.

Les analyses par sous-groupe ont été effectuées en utilisant les tests de comparaison adaptés à chaque type de variables :

- pour les variables catégorielles, le test du Chi2 a permis de comparer les pourcentages de chaque catégorie.
- pour les variables quantitatives, l'analyse de variance type ANOVA pour les variables à distribution normale ou des tests non paramétriques (test de Wilcoxon pour 2 moyennes ou test de Kruskal-Wallis pour plusieurs moyennes) ont permis de comparer les échantillons concernés.

b) estimation de la séroprévalence du VIH, VHB et VHC

L'estimation de la séroprévalence du VIH, VHC et de l'Ag Hbs a été réalisée par le **logiciel RDSAT version 5.6**, qui permet de prendre en compte les possibles biais dans l'évaluation de l'échantillonnage obtenu par la méthode RDS, en ajustant les estimations de prévalence sur différents paramètres connus pour influencer les mesures de fréquence dans ce type d'analyse. Le logiciel permet ainsi de fournir des estimations non biaisées des prévalences des infections avec leur intervalle de confiance à 95%.

Par ailleurs, la composition des réseaux de risques et d'affinités des participants a été faite à l'aide des logiciels **NetDrow** et **Pajek**.

c) analyse des déterminants des infections VIH, VHB et VHC

Dans un troisième temps, les facteurs de risque des comportements à risque et des infections VIH, VHB et VHC en résultants ont été analysés par régression logistique simple puis ajustée sur les différents biais étudiés dans la phase descriptive de l'étude.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel **Stata IC version 10**.

2. LA PREPARATION DE L'ENQUETE : octobre 2010-mars 2011

2.1 Finalisation du protocole de recherche et soumission au comité d'éthique :

Il s'agissait d'intégrer le protocole de l'étude de taille de la population, mais surtout de répondre aux questionnements éthiques soulevés par le comité d'éthique et le personnel du CRCF lors des présentations des résultats de l'étude de faisabilité et du projet d'enquête à venir. Les questionnements portaient essentiellement sur le rôle et le montant du dédommagement financier des participants prévu par la méthodologie RDS de recrutement

[la peur était que ce dédommagement soit source de conflit ou de détournement des buts de l'enquête par les recrues ou de mise en danger par l'achat de drogue] , la question de l'accès aux soins et des bénéfices immédiats pour les participants [nous avons prévus un rendu des résultats sérologiques, mais sans entretien de counselling pré-test] et celle du maintien d'un anonymat complet [nécessité absolue de le maintenir, y compris pour le consentement écrit, compte tenu du contexte social répressif sur l'usage de drogues].

A l'issue d'un riche travail de réflexion coordonné par Caroline Desclaux, de l'équipe des sciences sociales du CRCF³, l'avis favorable du Comité National d' Ethique pour la Recherche en Santé (CNERS) et l'autorisation administrative ont été obtenues le 04/03/2011.

Le CNERS a ainsi validé le montant du dédommagement équivalent au transport (3000 CFA), au temps consacré à l'enquête (4000 CFA) et au recrutement (4000 CFA), le consentement individuel permettant un anonymat complet, l'introduction d'un entretien de prévention centré sur « usage de drogues et risques viraux » à la fin du circuit de l'enquête, ainsi que le don d'un kit de prévention.

Ces mesures ont permis de protéger les UDI en créant un climat peu propice à l'insatisfaction des recrues ou au détournement des objectifs de l'enquête.

2.2. Le travail de terrain préparatoire

Les personnels de l'équipe ont été recrutés parmi le réseau créé autour du projet UDSEN. Des contrats de prestations de services ont été établis. Cette équipe, constituée de huit personnes travaillant en binôme (un travailleur social et un adulte relais⁴ ou associatif) avait pour mission d'explorer chacun des 4 départements de la région de Dakar, avec pour objectifs principaux de créer des liens avec les usagers d'héroïne et ou de crack/cocaïne et d'établir la cartographie des lieux de consommation et d'achats des drogues injectables. Cette étape était essentielle pour permettre la phase de capture de l'étude de taille et le recrutement futur des participants de l'enquête RDS.

Les objectifs secondaires étaient la traduction de la lettre d'information, du consentement et des questionnaires afférant à l'enquête en « wolof de rue » et la constitution d'un vivier de personnes formées au contact avec les UDI pour former l'ossature du personnel d'enquête.

-Du 20/11/2010 au 20/03/2011, les binômes ont travaillé 2 demi-journées par semaine. Ce travail était supervisé par le Dr Ba avec l'appui du Dr Maynard (ANRS) et d'Estelle Siemens, MEC ANRS.

Chaque sortie a donné lieu à un compte rendu de visite standardisé et des réunions de coordination régulières se sont tenues au CRCF.

Ainsi, 8 réunions de coordination et 2 pour les traductions ont eu lieu.

54 comptes rendus de visite ont été réalisés (43 pour le département de Dakar, 6 celui de Pikine, 3 pour celui de Rufisque et 2 pour celui de Guediawaye) et ont permis de rencontrer

³ voir poster AFRAVIH 2012

⁴ Ancien usager ou familier des usagers

192 personnes différentes (337 rencontres, soit environ 6,2 rencontres/visite). L'âge moyen était de 39 ans, avec une grande majorité d'hommes (164/192). 91%(161/177) d'entre elles consommaient de l'héroïne et 65%(128/189) de la cocaïne. 89,6%(147/164) déclaraient n'avoir jamais utilisé l'injection et 10,4% (17/164) utilisaient ou avaient déjà utilisé l'injection.

28 graines potentielles ont été sélectionnées par l'équipe de terrain sur des critères établis par le méthodologiste à partir des données recueillies sur les 192 UDI rencontrés.

Les lieux d'achat et de consommation sont essentiellement les quartiers Médina et Grand Dakar. D'autres « spots » plus petits ont été découverts au fur et à mesure du lien de confiance qui s'est établi avec les UDI et des explorations de l'équipe.

En dehors des observations des 2 adultes relais qui vivent dans les 2 grands quartiers de vente/consommation, aucune exploration de nuit n'a été effectuée par les équipes, par peur de problèmes de sécurité, ce qui n'a pas permis l'approche des femmes UDI sur les lieux de prostitution.

Lors des premières rencontres, les UDI étaient très demandeurs d'avantages matériels immédiats : l'équipe est restée ferme sur le refus de don d'argent tout en expliquant les objectifs de la future enquête et du travail de prévention qu'elle débutait. La régularité des visites et l'empathie des binômes qui sont intervenus pour faciliter des soins ou des médiations familiales ont permis de créer rapidement un lien de confiance et les demandes d'argent ont cessé.

Les UDI dakarois sont également demandeurs de lien social et surtout en demande de produits de substitution et de structures socio-sanitaires pour les aider « à sortir de la drogue », ce qui constitue un bon terreau pour une alliance avec une équipe de professionnels motivée.

Afin d'apporter un embryon de réponse à leurs besoins, une permanence médicale assurée par le Dr Ba pour les problèmes d'addiction et le Dr Tine pour les problèmes somatiques a été mise en place au CRCF en mars 2011 et perdure depuis⁵. Cette réponse, propre à la démarche d'une recherche opérationnelle, a permis de renforcer le lien de confiance naissant avec les UDI en les rassurant quand aux objectifs de la future enquête et d'ouvrir le processus de formation participative au personnel soignant du CRCF.

Plusieurs décès d'injecteurs ont été rapportés durant ces 4 mois, justifiant la mise en place d'une observation prospective⁶.

Les discussions avec les usagers concernant les modes d'usage ont par ailleurs permis l'élaboration de 3 planches d'imagier dédiées à « usage de drogues et risques infectieux » destinées à faciliter l'entretien de prévention proposé dans le cadre de l'enquête.

⁵ Voir abstract « accès aux soins » AFRAVIH 2012).

⁶ Voir résultats p 25

2.3. Formations préparatoires



2.3.1 Dans le cadre du projet de formation complémentaire UDSen/ESTHER

Ce projet, complémentaire à l'enquête, a pour objectif de former des acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA, contre la drogue (associations regroupées au sein de la FONSELUD) et les personnels de psychiatrie de la région de Dakar à la réduction des risques liés à l'usage de drogue(s).

Les actions 2010/2011 ont participé à la formation et à l'engagement des membres de l'équipe dans le travail de terrain préparatoire. Elles ont permis la sensibilisation des institutionnels (CNLS, CILD, DLSI), des professionnels de santé et des acteurs associatifs à la problématique soulevée par l'enquête.

Elles ont également permis une bonne visibilité des étapes de la recherche par la communauté dakaroise de la lutte contre le VIH/SIDA et la communauté hospitalière de Fann qui a pu ainsi se dérouler dans un environnement favorable parce que « partagé ».

- Financement d'une bourse au DU d'addictologie de Paul Brousse (Paris) pour le psychiatre, co-investigateur de l'étude.

-Formation de deux jours (11 et 12 Octobre 2010) : usage de drogues et VIH. : 27 participants, médecins infectiologues et psychiatres (18), assistantes sociales, infirmiers, médiateur communautaire.

- Voyage d'étude d'une semaine au Maroc en décembre 2010 de 5 personnes, dont 2 membres de l'équipe de terrain et 2 institutionnels (CNLS, CILD) : échange d'expériences et visite de structures de soins et de réduction des risques à Rabbat, Casablanca et Tanger.

Ce voyage a donné lieu à un atelier de restitution à l'IHS le 19 mai 2011 qui a réuni de nombreux partenaires et institutionnels.

Il a été un formidable plaidoyer pour la mise en place de programmes d'échange de seringues et de centres de traitement par méthadone en Afrique et a initié le développement d'une coopération Sénégal/Maroc, notamment avec l'association Hasnouna de Tanger.

- Formation continue par la participation de plusieurs partenaires sénégalais aux Conférences francophones sur le VIH (AFRAVIH Mars 2010 et mars 2012) et à ICASA 2011.

2. 3.2 Formations dans le cadre de l'enquête

Elles ont été organisées par Caroline Desclaux

-Formation de 2 demi-journées (22 et 23 mars 2011) : « Gestion de la confidentialité dans le cadre d'une enquête sur les usagers de drogue(s) » à l'intention de l'équipe d'enquête, y compris les biologistes, et des personnels du CRCF et du CTA. Alternant exposés et jeux de rôles, cette formation a été un succès et soudé les 31 participants autour d'un objectif de haut niveau de qualité d'accueil des futurs participants.

- Journée de formation « l'usage de drogue(s) et les risques liés au VIH/VHB/VHC au Sénégal » du 24 mars à l'attention des personnels de la ligne d'écoute santé et des membres du RECERS qui a concerné 27 personnes afin de sensibiliser les associations de lutte contre le Sida à la démarche de l'enquête.

- ½ journée de formation des gardiens et des femmes de ménage du CRCF en Wolof par le Dr Maynart (Avril).

L'ensemble des personnes potentiellement impliquées dans l'enquête a signé un engagement de confidentialité avant le début de l'enquête.

2.4. Recrutement du personnel de l'enquête

Nous n'avons pas trouvé de médecin de santé publique pour le poste de médecin responsable de la base de recherche. Nous avons donc recruté un médecin infectiologue (Dr Tine) du SMI/CRCF afin de faciliter le recours aux soins post enquête pour les UDI auprès d'un médecin formé à la problématique de l'usage de drogues et connu des UDI.

-7/8 personnes ayant réalisé le travail de terrain préparatoire et 1 adulte relais du quartier de grand Dakar repéré et coopté au cours de ce travail ont été recrutés pour constituer le personnel d'enquête.

- 4 conseillères en prévention du CRCF ont été recrutées pour mener les entretiens de prévention post-enquête.

- 4 biologistes ont été détachés par le laboratoire de virologie du Pr Mboup.

2.5 Mise en place des supports techniques

-confection et impression des questionnaires et des documents nécessaires à l'enquête (« jetons » pour la « capture » de l'étude de taille, coupons de recrutement, lettres d'information et consentement etc..)

-réalisation des masques de saisie et des bases de données (RDS et socio-comportementale).

- achat d'équipement (ordinateurs, fontaine à eau pour la salle d'attente etc..).

-conception et réalisation de 3 planches de « boîte à images » spécifiques à l'usage de drogue(s) et aux risques viraux.

- achats seringues et savons pour les kits de prévention.

- rédaction du protocole biologique.

3 L'ENQUETE

3.1 Semaine de formation à l'enquête du 05 au 09 avril 2011

Cette formation a été réalisée par le méthodologiste de l'enquête, Abdalla Toufik. Elle a concerné la méthodologie de l'enquête UDSEN, la méthode RDS (principes de la méthode, base informatique, revue des questionnaires etc...) et la méthode capture/recapture.

La formation s'est déroulée sur site, au rez de chaussée du CRCF, et a concerné tous les membres de l'équipe d'enquête, y compris les biologistes et les conseillères de prévention ainsi que les personnes responsables du rendu de résultats au Centre de Traitement Ambulatoire.



3.2. Phase de « capture » pour l'étude de taille du 11 au 23 avril

416 coupons (279 dans le département de Dakar, 88 dans celui de Pikine, 46 dans celui de Guediawaye et 3 dans celui de Rufisque) ont été distribués sur les différents sites de regroupement des UDI explorés durant la phase de préparation. Ces distributions ont été effectuées en fin de journée pour la plupart, avec des distributions également matinales pour Médina et Grand Dakar.

3.3. Phase d'enquête et de recapture : 19 avril au 15 juillet 2011



La base d'enquête sise au rez de chaussée du CRCF a fonctionné 6 jours/7, de 15h à 19h, quelques fois plus tard.

Tous les ordinateurs de la base étaient en réseau et leur approvisionnement énergétique sécurisé afin de permettre la saisie en temps réel des données RDS.

La première semaine d'enquête a été accompagnée par le méthodologiste (A. Toufik): 2 graines du département de Dakar, un homme et une femme consommant principalement de l'héroïne, ont été sélectionnées et « activées ». A l'issue de leur participation à l'enquête, 2 coupons de recrutement ont été remis à chaque participant. A la fin de la semaine du 18 Avril, 22 personnes avaient participé à l'enquête et l'équipe était tout à fait rôdée aux différents aspects du travail.

2 accueillants étaient responsables de l'accueil, de la gestion de la salle d'attente, des boissons et de l'accompagnement de chaque personne dans le circuit de l'enquête.

Ce circuit⁷ débutait par un entretien avec « l'investigateur » qui vérifiait la validité du coupon du recruté, le pré-incluait dans la base RDS, récupérait éventuellement le « jeton » distribué pour l'étude de taille de la population et vérifiait que la recrue remplissait les critères d'éligibilité. Si cela était le cas, il lui faisait lire ou lisait la lettre d'information, et après éclaircissements, lui proposait de réfléchir dans la salle d'attente pour se rendre devant la porte du bureau du médecin s'il souhaitait participer.

Si cela n'était pas le cas, la personne se faisait expliquer les risques d'inclusion abusive pour les résultats de la recherche et se voyait invitée à bénéficier de l'entretien de prévention et des tests de dépistage du VIH, VHB et VHC. Durant l'enquête, quelques personnes ont passé ce filtre et ont été exclues suite à la passation des questionnaires et se sont vues également proposer un accès au dépistage. Cette proposition a été acceptée par la quasi-totalité des recrues déboutées (87%). Elle a contribué, avec la qualité de l'accueil et le sérieux du recueil des données à ce que les recrues se sentent bien considérées.

Aussi, bien que le rez de chaussée du CRCF ait pris des allures de ruche certains après midi, l'atmosphère est toujours restée sereine et aucun incident n'est survenu.

Sous la vigilance empathique du gardien, le perron du CRCF, refuge des fumeurs, a été le lieu de nombreux échanges informels entre consommateurs de drogues et personnels du CRCF.

Le médecin avait pour tâche de recueillir le consentement puis le participant retournait voir l'investigateur qui prenait les mesures biométriques et finalisait l'inclusion dans la base RDS. Après administration du questionnaire RDS, un enquêteur administrait le questionnaire socio-comportemental, puis la recrue était conduite au laboratoire pour le prélèvement de quelques gouttes de sang au bout du doigt déposées sur papier buvard.

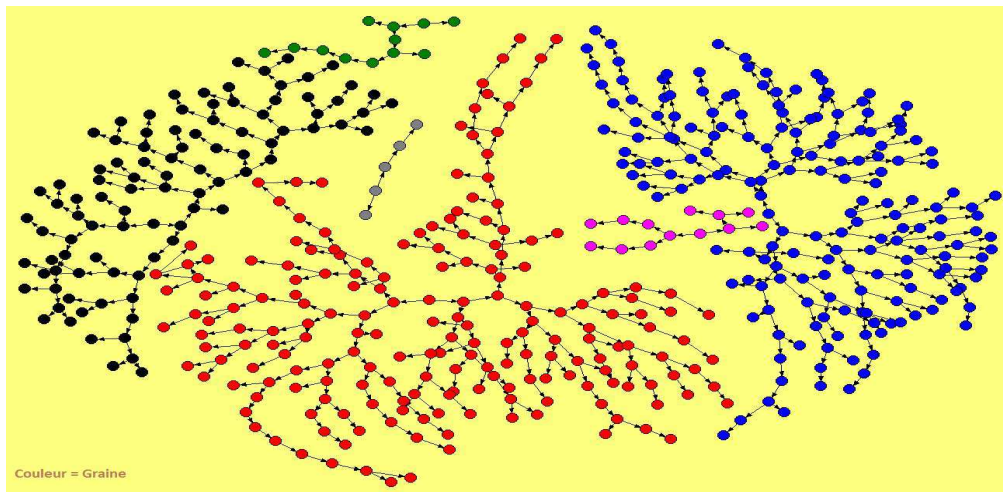
Le participant était ensuite reçu par le « manager des coupons » qui lui remettait le défraiement pour le transport et le temps d'enquête et lui expliquait son nouveau rôle de recruteur en lui remettant les coupons ad hoc.

Enfin, un entretien de prévention permettait aux recrues de bénéficier d'un conseil personnalisé et de se voir remettre le coupon leur permettant de venir chercher leurs résultats de dépistage au CTA et un kit de prévention (18 960 préservatifs et de 600

⁷ Voir annexe 5

seringues donnés). L'accès possible à une consultation gratuite d'addictologie le mercredi après midi était rappelé.

La base de donnée RDS était adressée chaque jour par connexion internet possible au méthodologiste qui a ainsi pu superviser le recrutement en temps réel et décider, avec l'équipe, l'activation de nouvelles graines et la modulation de la durée de validité des coupons pour réguler le flux des recrues et diversifier leurs caractéristiques. Ainsi, 3 autres graines ont été activées la semaine du 26 Avril, dont un homme habitant le département de Guédiawaye, un celui de Pikine et une femme celui de Dakar. Une sixième graine, un homme de la communauté syrio-libanaise consommant principalement de la cocaïne/crack, a été activée le 7 mai. Devant le faible recrutement des femmes et des jeunes, 2 graines femmes ont été activées successivement les 30/05 et 21/06 mais elles n'ont recruté personne. Le recrutement a pris fin le 15 juillet et permis l'inclusion de 506 participants comprenant cependant un effectif suffisant de femmes pour analyse.



De l'avis de tous (personnels du CRCF, du CTA et équipe d'enquête), cette enquête s'est déroulée dans une excellente atmosphère et a été une expérience positive. Elle a participé à la déconstruction d'idées reçues sur les usagers de drogues, permettant ainsi à ces personnels d'être fiers d'accueillir une nouvelle population vulnérable au VIH et d'accompagner les démarches de soin de certains.

3.4. Saisies des questionnaires socio-comportementaux et sauvegarde des données

Compte tenu des problèmes récurrents de coupures d'électricité au CRCF, les réponses aux questionnaires de l'enquête ont été saisies sur papier.

Chaque questionnaire était vérifié et validé par le médecin responsable de la base puis conservé dans une armoire sécurisée.

Les masques de saisie du questionnaire socio-comportemental ont été construits en juin/juillet 2011 par l'équipe INSERM du Dr Karine Lacombe en collaboration avec les Dr Maynard et Siemens. La double saisie des questionnaires a été effectuée au CRCF en août par Coumba Cisse et le Dr Judicael Tine. La comparaison des deux bases de données a été réalisée sur Epidata par le Dr Maynard.

4 RESULTATS DE L'ENQUETE

Comme le soulignait un rapporteur de l'ANRS en commentaire du projet d'enquête, « même si la méthode RDS permet de contrôler en grande partie la diversification de l'échantillon, par rapport à une méthode boule de neige classique, elle est étroitement dépendante des « graines choisies », et si dans ces graines certains réseaux ne sont pas du tout représentés, il y a un risque qu'on ne les atteigne jamais ; c'est le cas d'ailleurs des jeunes de famille aisée, dont il est dit dans le projet qu'on n'arrivera sans doute pas à les atteindre ».

Compte tenu du risque social majeur que représente la divulgation d'une addiction à une drogue illicite pour une personne par ailleurs bien insérée dans la société, cette enquête, comme presque toutes les enquêtes menées dans le monde parmi la population d'utilisateurs d'héroïne et/ou de cocaïne⁸, n'a concerné que les usagers socialement précarisés.

Ainsi, nous n'avons pas pu, comme pressenti, pénétrer la communauté syro-libanaise malgré le recrutement d'une graine dans la communauté, ni recruter beaucoup de jeunes consommateurs.

Cette enquête porte cependant sur la population d'UDI la plus à risque de VIH/SIDA et d'hépatites de la région de Dakar, justement parce que vivant dans des conditions précaires.

4.1 Les principaux résultats

Estimation de taille de la population d'UDI précaires de la région de Dakar : 1324 (IC95% 1281-1367).

Estimation des prévalences dans la population d'utilisateurs précaires de drogues injectables :

VIH : 5, 2% [IC($\alpha = 0,25$)] : (0,038-0,063)

VHB: 7,9% [IC ($\alpha = 0,25$)]: (0,052-0,111)

VHC : 23,3% [IC($\alpha = 0,25$)] : (0,212-0,252)

La prévalence du VIH varie en fonction du mode de consommation des drogues et du sexe (données issues de l'échantillon des 506 UDI enquêtés):

- Prévalence du VIH chez les injecteurs⁹ vs non injecteurs = 9,4 % vs 2, 5% (p=0.001).

- Prévalence du VIH chez les femmes vs les hommes = 13% vs 3% (p= 0,001)

⁸ Voir travail d'Astrid Fontaine « drogues et travail »

⁹ Usager ayant utilisé au moins une fois l'injection

- Prévalence VIH chez les femmes injectrices vs les hommes injecteurs = 21,1 % vs 7,5% (p= 0,0001).

La prévalence du VHC varie également en fonction du mode de consommation des drogues:

-Prévalence du VHC chez les injecteurs vs non injecteurs = 38,85 % vs 18% (p=0.0001)

4.2 Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

-Les 506 personnes incluses sont majoritairement d'âge mûr : médiane d'âge = 43 ans [17-66]

Ce sont essentiellement des hommes (437, soit 86,4%). Les 69 femmes incluses sont significativement plus jeunes que les hommes (âge médian =35 ans).

-51,2% n'ont fréquenté que le primaire ou l'école coranique, mais on relève que 18,9% sont allés au lycée et/ou à l'université.

-83,6% habitent le département de Dakar. Ils dépendent essentiellement de leur entourage pour leur hébergement (76,5%), mais ont un toit, plutôt stable (94,1% ont le même domicile depuis au moins 3 mois) : seule une personne déclare être sans abri.

-Elles ont en moyenne 2 enfants, cependant seule une minorité (29,6%) vit en couple.

-300 (59,3%) personnes déclarent travailler, mais le type d'activité n'est renseigné que pour 72 personnes (prostitution ou vol ou deal pour 53 personnes).

-49,8% a été arrêté par la police dans les 12 derniers mois. 61,9% a été incarcéré au moins une fois.

-76,9% ont déjà séjourné à l'étranger.

il s'agit donc d'utilisateurs de drogues précaires d'âge mûr qui présentent des caractéristiques de « disqualification sociale » : antécédent d'incarcération pour plus de la moitié, petits boulots pas toujours licites..., et surtout, pas assez de revenus pour assurer un logement autonome et vivre en couple pour élever les enfants, comme c'est la norme à leur âge au Sénégal.

4.3 Produits et modes de consommation

L'héroïne est le produit principal¹⁰ pour 80% des UDI enquêtés. Il y a relativement plus de femmes qui consomment de la cocaïne/crack (27,5%) en produit principal que d'hommes (19%).

4.3.1 Produits consommés durant les 30 derniers jours :

-62% ont consommé au moins 3 produits différents au cours du mois passé, seuls 4,5% ont consommé plus de 4 produits.

¹⁰ = produit préféré de l'utilisateur

-91,5% ont consommé de l'héroïne et 63% de la cocaïne, essentiellement sous forme de Crack (respectivement 13,6% sous forme de chlorhydrate et 49,4% sous forme de crack), 64% du cannabis, 49% de l'alcool et 29,8% des benzodiazépines.

-110 ont également consommé du paracétamol.

-On relève également une consommation de buprénorphine chez 22 personnes, de tramadol pour 14, de produits codéinés pour 8 et de méthadone pour 2 personnes.

4.3.2 Fréquence de la consommation des 30 derniers jours:

-Héroïne (n=463) : 79,3% consomment de l'héroïne au moins une fois par jour.

-Cannabis (n= 324) : 62,4% au moins une fois par jour

-Cocaïne (n=69)/crack (n=250), respectivement 37,7% et 29, 6% ont consommé ce produit au moins une fois par jour.

-Alcool (n= 248) : 33,1% au moins une fois par jour

-Autre substance (n= 173) : 28, 9% au moins une fois par jour.

-BZD (n=151) : 29,8% au moins une fois par jour

4.3.3 Age de début d'usage des produits

-L'âge médian de début du cannabis est de 18 ans et de 20 ans pour l'alcool.

-L'âge médian de début pour l'héroïne est de 27 ans, cependant 25% ont débuté avant 22 ans.

-L'âge médian de début de la cocaïne/crack est de 27 ans, mais 25% ont débuté avant 23 ans.

-L'âge médian de début des benzodiazépines est de 30 ans.

4.3.4 Les modalités de consommation

-27,7% des personnes enquêtées ont déjà utilisé l'injection pour consommer une drogue au moins une fois dans leur vie, mais seules 17,4% ont utilisé l'injection au cours des 6 derniers mois et 13,8% au cours du dernier mois.

L'âge médian de la première injection est de 30 ans et moyen de 30,8 ans donc en moyenne et en médiane 3 ans après le début de l'héroïne.

-Au cours de leur(s) voyage à l'étranger, 65,3% ont consommé de ou des drogues durant leur(s) séjour(s). Parmi ceux-ci, 77,6 % ont consommé de l'héroïne et 54,3% de la cocaïne, 15,8% ont utilisé l'injection.

-Au cours de(s) incarcération(s), 29,2% ont consommé de la drogue durant leur incarcération. On note que seules 4 personnes ont utilisé l'injection et qu'une seule déclare avoir partagé une seringue en prison.

4.3.5 Mode de consommation durant les 30 derniers jours.

-86% ont fumé leur produit dont 60% ont partagé leur cigarette ou leur pipe: à Dakar, héroïne et cocaïne/crack sont essentiellement fumées dans une cigarette roulée avec un mélange de tabac et plus rarement dans une pipe artisanale pour le crack¹¹.

-49% l'ont sniffé, dont 27% ont partagé la paille.

-L'injection concerne 13,8% des usagers enquêtés et est quasi exclusivement utilisée pour l'héroïne : seules 11 personnes se sont injectées de la cocaïne.

Parmi les 70 personnes qui ont utilisé l'injection, 60% ont réutilisé une seringue, 12,9% ont partagé une seringue avec un autre usager, 27% ont partagé l'eau de préparation, 34% la cuillère et 27% le filtre.

En cas de réutilisation ou de partage de la seringue (n=47), 72,3% « désinfectent » chaque fois la seringue, essentiellement avec de l'eau...(65% avec eau, 33% javel)

Enfin, 33, 9% ont effectué leur dernière injection hors de leur domicile.

Seuls héroïne et cannabis sont consommés quotidiennement par la majorité des usagers enquêtés; ces données sont corroborées par les interviews des usagers qui expliquent que le crack et le chlorhydrate de cocaïne sont trop chers pour pouvoir être consommé tous les jours, sans surtout oublier que la dépendance à l'héroïne oblige à prioriser les achats ! Cependant, environ 1/3 des consommateurs de cocaïne (chlorhydrate ou crack) en consomme tous les jours.

Si l'âge de début de consommation de cannabis et d'alcool est bien antérieur à celui du début de l'héroïne et de la cocaïne, celui du début d'usage des benzodiazépines est postérieur de 3 ans, indiquant un usage « anti-manque » de ces produits comme pour le paracétamol. Les produits de substitution prescrits aux usagers des pays du Nord circulent et sont également utilisés.

La première injection d'héroïne, pour ceux qui « franchissent le pas » survient après 3 ans de consommation.

L'injection est cependant un mode de consommation minoritaire puisque seuls 27,7% l'ont déjà expérimenté et que seuls 13,8% l'ont pratiquée au cours du dernier mois .Les pratiques à risque de transmission virale sont fréquentes (fréquence du partage au cours dernier mois de 12,9% pour la seringue). Ces résultats sont proches de ceux de l'enquête française Coquelicot 2004 (la fréquence du partage au cours dernier mois était de 13% pour la seringue et de 38% pour le reste du matériel d'injection).

¹¹ Voir pré-enquête qualitative en annexe p 33

4.4 Connaissance des modes de transmission du VIH et du VHC en rapport avec usage de drogue(s) et croyances.

VIH	affirmation transmission virale si partage de :	VHC
96,3%	Seringue	78,1%
76,1%	Coton	71,9%
77,1%	Eau de préparation	71,9%
82,6%	Eau de rinçage	75,5%
63,2%	Cuillère	62%
44,5%	Pipe	63,6%
43,1%	Paille	58,7%

-Par ailleurs, seuls 77,7% des enquêtés sont certains que le VIH ne peut pas se transmettre en partageant un repas et 45,1% pensent que le VIH peut être transmis par une piqûre de moustique.

89,1% savent qu'une personne peut être porteuse du VIH et paraître en bonne santé.

On relève une plutôt bonne connaissance des risques de transmission virale avec cependant une surestimation des risques de transmission du VIH et une sous-estimation du risque de transmission du VHC.

4.5 Une sexualité active et peu protégée

-Au cours des 12 derniers mois, 80,4% des participants ont eu au moins un rapport sexuel dont 45,7% avec plus d'un partenaire.

-Seuls 35,8% ont utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel et 53,5% n'en utilise jamais.

-26,8% ont au moins une fois dans leur vie, échangé un rapport sexuel contre de l'argent ou de la drogue.

4.6 Dépistages et accès aux soins

-seul 29,4% avaient déjà effectué un dépistage du VIH (94,6% test négatif, 5,6% résultat inconnu)

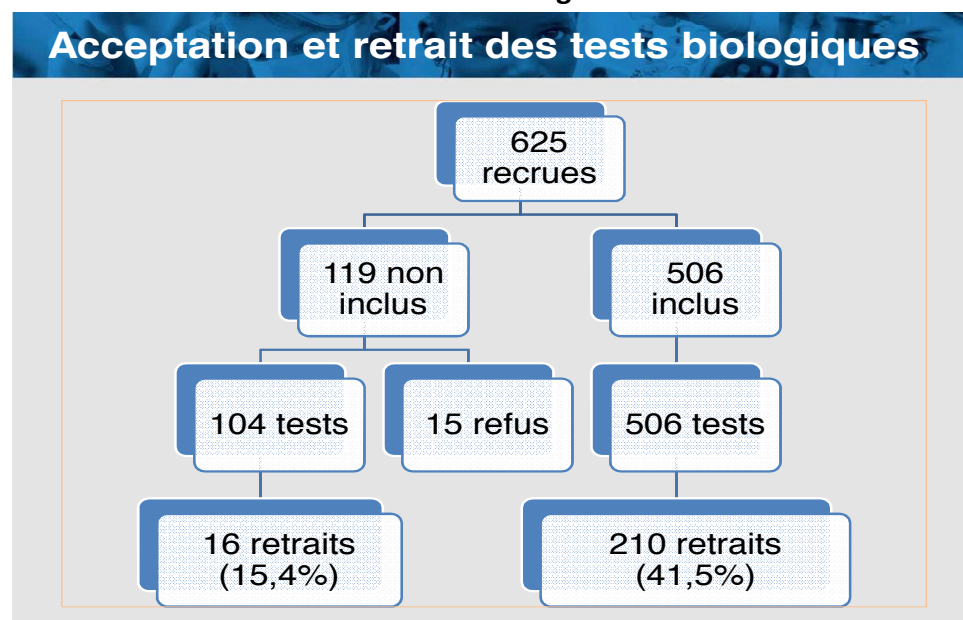
-3,9% avaient déjà effectué un test de dépistage du VHC, 1 personne (=5%) test positif.

-4,2% avaient déjà effectué un test de dépistage du VHB

-38,9% (=197 personnes) des enquêtés ont bénéficié au moins une fois de soins spécifiques pour un problème d'addiction, essentiellement pour une dépendance à l'héroïne (167 personnes) et le plus souvent en milieu hospitalier (113/216 recours).

5 RESTITUTION DES RESULTATS

5.1 Le rendu des résultats de leurs sérologies aux recrues



Résultats des tests biologiques

Résultats des tests (%)	Retrait des résultats (N=226)	Non retrait des résultats (N=384)	Total (N=610)
VIH positif	3.5	3.9	3.8
VHC positif	21.2	23.4	22.6
VHB positif	10.2	8.6	9.2

Facteurs associés au retrait des tests

	Recrues étant venues retirer leur test (N=226)	Recrues n'étant pas venues retirer leur test (N=384)	p
Sexe (M/F)	39,5% vs 17,2%	60,5% vs 82,8%	<.001
Age moyen (SD)	43,8 (12,6)	34,1(16,1)	<.001
Inclusion dans l'étude (O/N)	41,5% vs 13,4%	58,5% vs 86,6%	<.001
Consommation principale* (Héroïne/Cocaïne)	41,6% vs 41,2%	58,4% vs 58,8%	0,94
Notion d'injection* (O/N)	37,9% vs 42,9%	62,1% vs 57,1%	0,30
Injection 6 derniers mois* (O/N)	30,7 % vs 43,8%	69,3% vs 56,2%	0,02
Sérologie VIH (+/-)	34,8% vs 37,1%	65,2% vs 62,9%	0,50
Sérologie VHC (+/-)	34,8% vs 37,7%	65,2 vs 62,3%	0,30
Ag HBs (+/-)	41,1% vs 36,6%	58,9% vs 63,4%	0,51

*résultats pour personnes incluses (N=506)

Ces résultats soulignent l'intérêt d'avoir couplé l'enquête de prévalence à un rendu des résultats. 41,2% des personnes incluses dans l'enquête ont eu connaissance de leur statut sérologique pour le VIH et le VHC, versus 29,4% et 3,9% avant l'enquête. Bien qu'ayant très majoritairement adhéré à la proposition de dépistage, peu de personnes non incluses sont venues chercher leurs résultats, montrant le caractère sensibilisant et responsabilisant de la participation à l'enquête.

Les plus vulnérables : injecteurs, femmes et jeunes sont aussi peu venus, confirmant la nécessité de continuer à développer des actions de terrain de RdR et de démarrer une prise en charge intégrée des UDI incluant les traitements de substitution aux opiacés.

5.2 Restitution des résultats aux acteurs

- **L'ANRS** : les résultats de l'étude ont été restitués à la journée scientifique du site ANRS de Dakar du 31 mai 2012 à travers 3 présentations.

-Les acteurs de santé de Dakar :

-Les résultats ont été présentés et discutés avec les associations de lutte contre le VIH/SIDA Dakaroises à la journée des associations du site ANRS de Dakar du 30 mai 2012.

-Les associations de lutte contre la drogue, fédérées au sein de la FONSELUD, ainsi que des médecins et para-médicaux des services de psychiatrie de Dakar et Thiaroye ont bénéficié d'une restitution complète au cours des formations ESTHER/UDSEN sur usage de drogues et risques infectieux de mars 2012 et octobre 2012.

-Un poster restituant les principaux résultats était présenté dans le stand du CNLS au Salon International de la Santé et du matériel médical de Dakar du 05 au 08 juillet 2012¹².

-Les usagers de drogues injectables ont été informés des résultats de l'enquête par les membres de la nouvelle équipe de terrain, mise en place fin 2011, à travers la distribution de seringues et les discussions autour de la prévention des risques dont les résultats de l'enquête tiennent de support à l'objectivation des risques.

Des temps de restitution collective ont également été organisés. 3 séances se sont ainsi tenues, la première a eu lieu le 20 avril 2012, dans la cour du domicile d'un usager du quartier de Grand Dakar et a réuni 25 personnes environ, la deuxième le 28 juin 2012, dans la salle de réunion du centre Elisabeth Diouf du quartier de la Médina a réuni 33 personnes et la dernière, le 06 octobre 2012, dans la salle de réunion de l'hôpital Gaspard Camara de Grand Dakar a rassemblé 25 personnes.

-Les autorités de santé publique

-Le CNLS est partenaire de l'étude et est très impliqué dans le soutien du travail de terrain et l'ouverture d'un centre méthadone.

-Les premiers résultats avaient été présentés au Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue fin 2011 qui participe également au programme de formation ESTHER/UDSEN (voyages d'étude au Maroc, modération de sessions de formation).

-Le ministère de la Santé est informé des résultats via le CNLS et son secrétaire général qui a participé au comité de suivi, mais la restitution formelle de l'étude n'a pas encore pu avoir lieu, du fait du changement de gouvernement sénégalais survenu en 2012.

6 RETOMBÉES DE L'ENQUÊTE

6.1 Décisions du comité de suivi du 6 octobre 2011

Après présentation d'une première analyse de l'enquête avec les données de prévalence VIH, VHB et VHC.

- Poursuite du travail de terrain (financement CNLS et ANRS) 6 mois pour :

- Distribution de matériel de RdR (seringues)
- IEC
- Restitution des résultats de l'enquête aux UDI.
- Accompagnement dépistage et accès aux soins

-Poursuite de la consultation d'addictologie et de la distribution de seringues le mercredi après midi au CRCF.

- Réalisation d'études virologiques complémentaires nécessaires pour le VHC.

-Travailler à la restitution, tant communautaire qu'institutionnelle.

-Le projet d'un Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions à Dakar incluant une unité mobile et un centre de traitement par méthadone est entériné par le CNLS.

6.2 Poursuite du travail de terrain et de l'accès aux soins des UDI.

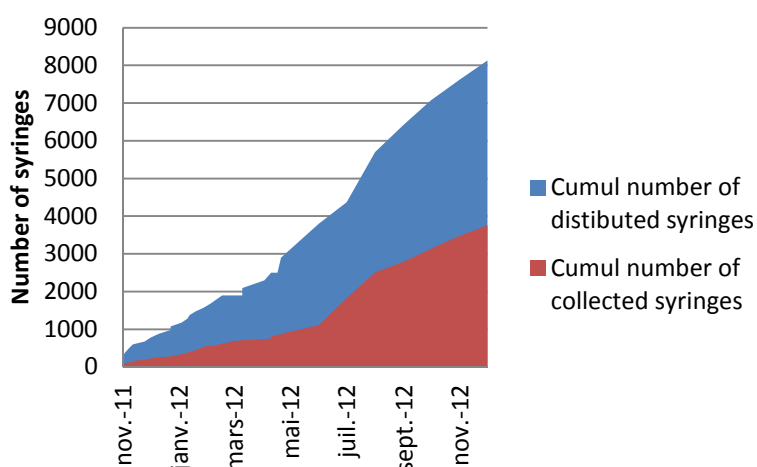
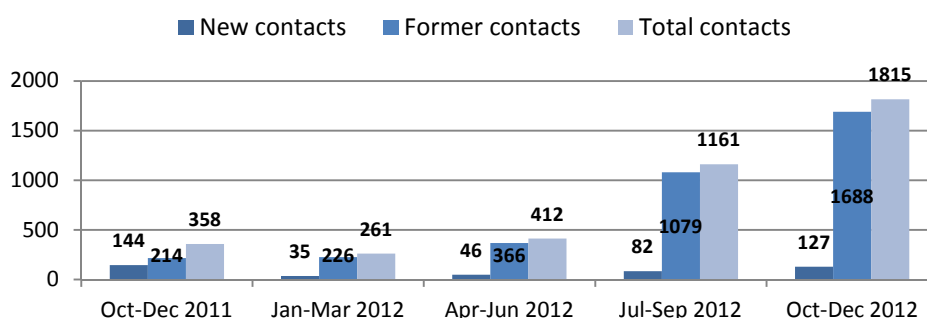
-Promotion d'actions de RDR¹³

Le travail de l'équipe de terrain a pu être financé en 2012 par l'étude, son financement est pris en charge par le CNLS (Phase 2 du Fonds Mondial) depuis début 2013. Elle est coordonnée par le Dr Ba et le Dr Maynard.

Constituée de personnels issus du personnel d'enquête et d'associatifs, cette équipe de 9 personnes travaille en binôme, à raison de 6 sorties par semaine.

Fin 2012, on comptabilisait ainsi un peu plus de 4000 rencontres avec des consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne dont 434 nouveaux par rapport à 2011. Un peu plus de 8000 seringues et 9000 préservatifs ont été distribués, un peu moins de 4000 seringues ont été récupérées.

Nombre de contacts avec UDI établis par l'équipe de terrain par période



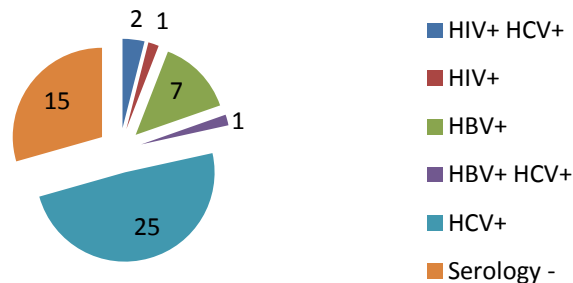
-Accès aux soins

De septembre 2011 à Décembre 2012, l'équipe de terrain a référé 187 UDI à la consultation du CRCF: 161 hommes 26 femmes, d'âge moyen de 44.5 ans (24-65 ans); Il s'agissait du

¹³ Réduction des Risques liés à l'usage de Drogues

premier contact avec l'équipe pour 16% d'entre eux, la plupart était consommateurs d'héroïne (87%) dont 28% l'injectait. 76 UDI (68 hommes and 8 femmes) ont été reçus et suivis au CRCF. Les sérologies VIH, VHB et VHC sont connues pour 51 d'entre eux avec respectivement 3, 8 et 27 sérologies positives.

Résultats des tests sérologiques



Au total, 119 consultations médicales ont été effectuées, essentiellement pour des pneumopathies (22 cas), des pathologies neurologiques (12 cas), dermatologiques (8 cas) ou la tuberculose (6 cas diagnostiqués!).

6.3 Le travail de recherche post enquête

6.3.1 Suivi des décès

D'Avril 2011 à Décembre 2012, 48 décès ont été rapportés à l'équipe de terrain: 44 hommes et 4 femmes. L'âge moyen rapporté était de 42,6 ans [extrêmes 25-60], il s'agissait dans 52% des cas d'injecteurs dont la consommation rapportée était l'héroïne dans 31 cas, la cocaïne dans 2 cas et l'héroïne plus cocaïne dans 14 cas.

Les causes de décès rapportées sont les suivantes : problème cardiaque (2), mort accidentelle (3), hépatite (5), insuffisance rénale (1), ne sait pas (19), overdose/produit défectueux (5), problème neurologique (1), tuberculose (1), VIH (3), problème gastrique (2), lynchage (1), post opératoire (1), cancer(1), épilepsie(2), paludisme(1).

Ce suivi, toujours en cours, confirme le fort taux de mortalité de ses usagers de drogues, et notamment des injecteurs, déjà rapporté par les usagers lors de l'enquête de faisabilité.

6.3.2. Les études en Sciences Humaines et Sociales

Elles sont supervisées par le Pr Alice Desclaux (IRD).

Albert Gautier Ndione, étudiant en sociologie à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar a soutenu son mémoire de Master II sur : « Les relations de soins entre usagers de substances et soignants : attitudes et représentations des professionnels de santé face aux usagers de

drogues au CHU de Fann » en février 2012. Il poursuit actuellement un doctorat sur la médicalisation de l'usage de drogues à Dakar.

6.3.3. Réalisation de l'étude virologique complémentaire sur le VHC

Celle-ci a été menée au sein du laboratoire de virologie de l'hôpital Saint Antoine par Osseynou Ndiaye sous la direction du Dr Gozlan fin 2011.

Résultats :

Sur les 120 DBS positifs en test sérologique rapide, seulement 25 présentent une charge virale détectable soit 20,8 % des DBS. Les génotypes ont pu être déterminés sur la totalité des DBS positifs en PCR. Sur ces 25 DBS détectables 21 (84%) sont du génotype 1 (dont 5 sont du génotype 1b et 16 du génotype 1a), 2 du génotype 4 (4 et 4acd) et 1 du génotype 3A et 1 du génotype 2AC.

Ce chiffre de 20,8% de charges virales détectables est décevant, comparé au 70% attendu. Une dégradation de l'ARN lors de la conservation des DBS est de loin l'hypothèse la plus probable pour expliquer ce résultat. Les DBS ont en effet été conservés à +4°C pendant 7 à 14 jours avant leur congélation à -80°C, procédure ayant été choisie pour éviter les cycles congélation et décongélation, mais pouvant en revanche induire une diminution drastique de la quantité d'ARN détectable (Tuailon E et *al.* 2010).

Ces résultats, devant être confirmés sur un plus grand nombre d'échantillon, suggèrent une large prédominance du génotype 1 dans la population des UDI au Sénégal. Cette prédominance est à la fois intéressante et surprenante, car elle n'avait jusqu'à présent jamais été retrouvée majoritaire en Afrique. En Egypte, c'est le génotype 4 qui est majoritaire¹⁴ et en Afrique du Sud, c'est le génotype 5¹⁵. Elle confirme les liens Europe/Sénégal quant à la pratique de l'injection chez les UDI au Sénégal repérés au cours de l'étude de faisabilité de l'enquête.

7 PERSPECTIVES : la construction du CEPIAD¹⁶ est en cours !

7.1 Le programme national de RDR

Dans la dynamique de l'enquête et comme indiqué plus haut, le Sénégal a dans un délai très rapide, posé des jalons essentiels dans la construction d'une politique publique dédiée à la prise en charge des UDI :

- Inscription des UDI comme populations clés dans son cadre stratégique national de lutte contre le Sida 2011-2015
- Elaboration d'un plan opérationnel de lutte contre le VIH chez les UDIs (mars 2012)

¹⁴ Elkady et al., 2009

¹⁵ Chamberlain et al., 2005

¹⁶ Centre de Prise en charge Intégré des Addictions de Dakar

-Atelier national sur l'harmonisation de la législation sur la lutte contre le trafic et l'usage de drogues en Afrique de l'ouest (septembre 2012 et juin 2013) dans le cadre duquel, pour la 1^{ère} fois, la dimension de l'accès aux soins pour les consommateurs est intégrée sous forme d'une feuille de route ;

- Elaboration d'une stratégie multisectorielle de lutte contre l'infection à VIH et autres co-morbidités chez les consommateurs de drogues par voie injectable ainsi que son plan opérationnel annuel : ils ont été validés en juillet 2013 et ont reçu l'appui de l'initiative FEI 5% et des partenaires hospitaliers mobilisés par ESTHER.

Portée par une dynamique régionale favorable (atelier de Grand Bassam décembre 2009, Initiative de Dakar janvier 2010), les avancées institutionnelles sénégalaises en faveur de l'accès aux soins pour les UDI se sont finalement matérialisées par le démarrage des travaux de construction du Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD) en septembre 2013 dans l'enceinte du CHU de Fann. Ce centre permettra dès 2014 d'initier les premiers traitements de substitution aux opiacés (TSO) dans la région.

Enfin, fer de lance de cette avancée majeure dans la lutte contre le VIH en Afrique de l'Ouest, le Sénégal s'est d'emblée positionné comme moteur dans la formation des prestataires de soins et des organisations à base communautaire sur la problématique des UDI et a consigné cette avance en fixant d'ores et déjà dans le mandat du CEPIAD, une vocation de centre de formation à vocation régionale.

7.2 Poursuite des recherches sur le VHC

Il faudrait compléter le travail initié sur le VHC par une étude prospective avec une conservation des échantillons DBS conforme à la préservation de l'intégrité de l'ARN viral.

Ce travail permettra de préciser l'épidémiologie de l'infection VHC chez les UDI au Sénégal en évaluant correctement le pourcentage réel de sujets virémiques et la distribution des génotypes infectants. Des analyses phylogénétiques plus fines pourraient être réalisées par séquençage, afin de déterminer si des « clusters » de transmission entre usagers de drogues peuvent expliquer les prédominances des génotypes 1a et 1b dans ce travail préliminaire.

Cette connaissance de l'épidémiologie génétique du VHC au Sénégal sera très importante à prendre en compte dans l'élaboration urgente de stratégies de prise en charge thérapeutique des patients infectés par le VHC au Sénégal.

L'ouverture du CEPIAD peut permettre la constitution d'une cohorte d'UDIs séropositifs pour le VHC traités par méthadone pour mener cette recherche, dans la perspective d'un accès au traitement du VHC.

7.3 Poursuite des recherches en sciences sociales

Elles sont supervisées par le Pr Alice Desclaux (IRD) et menées par Albert Gautier Ndione, étudiant doctorant en socio-anthropologie à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar. Sa thèse portera sur la médicalisation de l'usage des drogues au Sénégal.

Etudiant dynamique, Albert Gautier Ndione contribue, à travers sa participation au projet UDSEN et ses communications dans les congrès Dakarois¹⁷ à élargir le cercle de réflexion autour de la question de l'usage de drogues au Sénégal.

7.4 Valorisation scientifique

L'article en langue anglaise présentant les résultats de l'enquête est à l'étape de finalisation.

8. PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS

8.1. Publications

Drug use and HIV in West Africa: a neglected epidemic. Gilles Raguin, Annie Lepretre, Idrissa Ba, Ibrahim Ndoye, Abdalla Toufik, Gilles Brucker and Pierre-Marie Girard, Tropical Medicine and International Health, volume 16 no 9 pp 1131–1133 september 2011.

8.2. Communications

-Congrès THS, Biarritz, 12 octobre 2011

-UDSEN (Usagers de drogues au Sénégal) : un projet de recherche opérationnelle et formative et un modèle de coopération Nord-Sud. Communication orale. Sandra Perrot.

-6^{ème} rencontres Nord-Sud, Paris, 29 novembre 2011

-Usagers de drogues en Afrique de l'Ouest : états des lieux et prévalence du VIH et du VHC. Communication orale A. Leprêtre.

-16^{ème} ICASA, Addis Abeba, 5-8 décembre 2011

-Size estimation, drug use practices and HIV, HCV, HBV prevalences in Injectable Drug Users in Dakar area, Sénégal (UDSEN study, ANRS 12243). Communication orale. I. Ba.

- Congrès AFRAVIH 25 -28 mars 2012

-Accès aux soins du VIH et des hépatites B et C des usagers de drogues injectables dépistés dans le cadre d'une enquête menée à Dakar (ANRS 12243 UDSEN). Communication orale. M. Maynard.

-Considérations éthiques et réglementaires liées à la méthode RDS utilisée pour l'enquête de prévalence et de pratiques à risques de l'infection par le VIH, le VHB et le VHC chez les usagers de drogues injectables (UDI) dans la région de Dakar (étude ANRS 12243 UDSEN). Poster. C. Desclaux.

-Symposium satellite ANRS : Quelles priorités de recherche pour l'ANRS au Sud?

¹⁷ Voir p. 30

La RdR liée à l'usage de drogue(s) en Afrique Sub-saharienne : une recherche opérationnelle au Sénégal ; Communication orale. A. Leprêtre.

Journée scientifique du site ANRS de Dakar du 31 mai

-Résultats de l'enquête de prévalence et comportementale chez les usagers de drogues injectables de la région de Dakar (ANRS 12243/CNLS/IMEA/FM). Communication orale. A. Leprêtre.

-Intérêt du papier buvard (DBS) pour le génotypage du virus de l'hépatite C chez les usagers de drogue au Sénégal(sous étude ANRS 12243). Communication orale. O. Ndiaye.

-Prise en charge post enquête des UDI. Communication orale. I.Ba.

4ème Salon International de la Santé et du Matériel Médical de Dakar (SISDAK), du 05 au 08 juillet 2012

-Résultats de l'enquête de prévalence et comportementale chez les usagers de drogues injectables de la région de Dakar (ANRS 12243/CNLS/IMEA/FM). Poster. I. Ba.

Conference AIDS 22- 27 juillet 2012, Washington

-Interest of dried blood spots (DBS) for genotyping hepatitis C virus among drug users in Senegal (ANRS 12243 UDSEN). Poster. O. Ndiaye.

Conference Interest, 14-17 mai 2013, Dakar

-Prevention and access to care of HIV and hepatitis B and C for injectable drug users in the region of Dakar. Poster. Tine J.

-Impact of operational research on the national programme for the fight against HIV: problematic of injectable drug users in Senegal. Poster. Ba I.

Colloque nouveaux enjeux éthiques du médicament en Afrique de l'Ouest et du Centre, 1-2 juillet 2013, AUF, Dakar

-Usage de drogues et traitement de substitution : analyse d'une médicalisation au Sénégal. Communication orale. A. Ndione.

Congrès THS, octobre 2013, Biarritz

-Enquête UDSEN ANRS 12243 : enquête d'estimation de taille, de pratiques à risque et de prévalence des infections VIH, VHB et VHC chez les usagers de drogues injectables dans la région de Dakar, Sénégal. Communication orale. M. Maynard.

9ème Congrès international francophone de la Société de Pathologie Exotique, 12-14 novembre 2013, Dakar

-Les pratiques d'auto-sevrage par les usagers de drogues injectables (cocaïne/héroïne) à Dakar, Sénégal. Communication orale. A. Ndione.

Annexe 1 : Résultats de l'enquête qualitative auprès des Usagers de Drogues de la région de Dakar (décembre 2008 /janvier 2009)

Contexte historique, géographique du trafic et des consommations

D'après les récits de certains usagers les plus âgés, l'introduction du trafic et de la consommation d'héroïne et de cocaïne à Dakar remonterait à la fin des années soixante-dix et plus particulièrement la première moitié des années quatre-vingt.

Historiquement, trois raisons principales expliquent le développement de consommation d'héroïne et de crack au Sénégal :

1. La première est en lien avec le fait que le Sénégal est devenu un pays de transit de drogues en provenance de Gambie et de Guinée Bissau vers l'Europe et passant généralement par Dakar. La consommation est assez importante dans ces deux pays et c'est ce qui a contribué à la diffusion dans leurs zones frontalières.

2. La seconde est en lien avec la mobilité des usagers de drogues sénégalais ayant résidé en Europe, notamment en France, où ils ont appris à dealer ou/et à consommer l'un ou l'autre de deux produits. Lors de leur retour temporaire ou permanent au pays ont contribué à leur diffusion. Ces immigrés ont formé toute au long des années quatre-vingt ce qu'on peut appeler la première vague de diffusion. C'est le cas, par exemple, de Djoka, 36 ans, qui a été initié au crack et à l'héroïne à Paris dans le 18^{ème} arrondissement où il vendait du crack avec son grand frère devenu aussi dépendant aux deux produits. À l'issue de quelques années d'incarcération pour trafic, les deux ont été expulsés de France en 2003. Un des deux frères continue toujours de consommer du crack mais il dit avoir arrêté l'héroïne. C'est le cas aussi de Thiey, qui a été initié à la cocaïne en poudre dans une boîte de nuit parisienne pendant les années 1985/1986, puis à l'héroïne dans la même période. C'est le cas aussi de Mouris, 49 ans. Il a vécu en France de 1982 à 2001 et a été initié à l'héroïne en France en 1986 puis au crack en 1989.

3. Le troisième est en lien avec la mobilité des d'usagers de drogues européens vers le Sénégal, notamment dans les zones touristiques comme Mbour et Casamance et dans une moindre mesure à Dakar. À Dakar, le rôle des européens paraît beaucoup moins important en comparaison de celui des sénégalais mobiles entre Europe et Sénégal.

Évolutions récentes des consommations d'héroïne et de cocaïne/crack

Une seconde vague de diffusion est entamée probablement au cours de la seconde moitié de la même décennie, lorsque des sénégalais qui n'ont jamais séjourné en Europe ont été initiés localement à la consommation à l'un ou l'autre de produits susmentionnés : « *Avant il n'y avait que les personnes qui ont voyagé à l'étranger qui en consommaient maintenant ils sont nombreux ceux qui n'ont jamais quitté le Sénégal et qu'en prennent* ». C'est le cas par exemple de Balchi, 45 ans, qui n'a jamais voyagé en Europe. Il a commencé à consommer et à s'injecter à Dakar. Il a pris dès la première fois le produit (coke ?) par injection avec un copain injecteur et « celui qui m'a injecté », dit-il. Chaque fois, ils achetaient une dose ensemble et les injectaient ensemble. Puis il apprit à s'injecter seul.

Selon le témoignage d'un autre usager ayant vécu en France, la disponibilité a été telle que « *quand en 1989 je suis revenu ici. J'ai trouvé la chose pas comme Paris. Quand tu as le sou tu peux en avoir, la poudre et le caillou* ». Il a constaté également que certains usagers avaient recours au mode d'administration intraveineux. Un autre usager témoigne qu'il a entendu parler de l'héroïne à Dakar par «un marin français qui en cherchait » et il situe cet événement « bien avant son départ en France au milieu des années quatre vingt ». Il semblerait que le phénomène commence à prendre de l'ampleur au cours de la décennie suivante, celle des années quatre-vingt-dix et continue dans l'actuelle décennie.

Si l'héroïne et la cocaïne/crack ont été introduites quasi simultanément au début de la décennie quatre-vingt et ont pu probablement suivre un processus de diffusion ascendant parallèle pendant cette décennie et la suivante, il semblerait que depuis les années 2000 les deux produits suivent deux tendances opposées : la consommation d'héroïne serait en baisse alors celle du crack serait augmentation.

La tendance à la baisse de l'héroïne serait en lien avec le décès d'un nombre important d'usagers dont l'héroïne était le produit principal de dépendance au cours des années 1990. Un informateur clef habitant de Medina témoigne : « [...] *Beaucoup d'entre eux sont morts et continue à mourir* ». Depuis son retour au Sénégal en 2003, il a vu mourir environ une vingtaine d'héroïnomanes.

Selon du même informateur la tendance à l'augmentation du crack serait en lien avec le considérable accroissement de sa disponibilité depuis que les deux pays limitrophes la (Gambie et la Guinée Bissau) sont devenus, à partir de 2002/2003, des plates formes de réexportation de la cocaïne vers l'Europe.

Toutefois si l'héroïne tend à perdre son statut de produit principal de dépendance, il semble trouver un second souffle comme produit secondaire du crack, indispensable pour faciliter la « descente du crack », une sorte de « parachute opiacé » pour les anciens et nouveaux consommateurs de ce stimulant : « *si tu compte dix qui prends le caillou tu compte deux/trois qui ne prends pas l'héro* ».

Cela veut dire qu'une forte majorité (entre 70 % à 80 %) des consommateurs de crack est inévitablement consommatrice d'héroïne pour gérer la descente. La baisse de la consommation d'héroïne en faveur du crack n'est en fait que la traduction de la métamorphose de l'héroïne, produit principal de dépendance, en produit secondaire lié à la prise du crack.

Il ne s'agit pas donc pas de baisse du nombre de consommateurs mais d'une baisse du nombre d'héroïnomanes dépendantes avérés. Au cours des quelques années à venir, il est probable que l'augmentation du nombre de consommateurs de crack aboutira à une augmentation similaire de consommateurs d'héroïne. Autrement dit, le crack peut contribuer à entamer un nouveau cycle de consommations d'héroïne car une partie de ceux qui prennent actuellement l'héroïne uniquement pour gérer la descente du crack vont devenir dépendants à l'héroïne, qui deviendra ainsi le produit principal de dépendance.

Les récits d'usagers rencontrés tendent à confirmer que ce processus semble déjà à l'œuvre parmi les consommateurs de crack comme le confirme le récit de cet usager initialement consommateurs du crack devenu ensuite dépendant à l'héroïne. Il dit avoir commencé à prendre de la cocaïne (crack) en 1999 et de l'héroïne en 2000 pour mieux gérer la descente de la première : « [...] *dès que je fume ils m'ont dit que quand tu prends la cocaïne tu prends l'héroïne ça tu t'équilibre. Dès que je fume la cocaïne je prends l'héroïne pour descendre. Maintenant l'héroïne est entrée carrément dans moi. Je ne peux pas passer une journée sans prendre l'héroïne.* »

La consommation chez les femmes

Très peu d'information sont disponibles sur l'étendu de la consommation chez les femmes. On dispose d'un peu plus d'information chez les femmes travailleuses du sexe à Dakar. Les deux femmes interviewées exercent elles-mêmes ce métier. Elles confirment la diffusion aussi bien du crack que de l'héroïne dans le milieu de la prostitution féminine. Elles seraient plus consommatrices d'héroïne que de Crack et ont plus recours à l'injection qu'aux autres modes d'administrations. Les prostituées consommatrices travaillent essentiellement soit dans les bars/boîtes de nuits, soit elles font les trottoirs notamment au long de l'Avenue du Président Habib Bourguiba et de la « Corniche ». Le tarif d'une « passe » est environ 5 000 CFA. Il n'y a pas de vente de drogue sur les lieux de prostitution. Les filles se déplacent à la Medina pour s'en procurer.

Évolution récentes du trafic

Dès le début le trafic de gros et moyenne quantité a été dans les mains de nigériens qui vendent aux Sénégalais qui se chargent de la revente aux usagers dans la rue ou dans les maisons de deal. C'est ainsi qu'à la Medina, selon les dires d'un usager de longue date du quartier, les deux produits seraient introduits en même temps par l'intermédiaire d'un sénégalais « *que tout le monde le connaît ici* ».

Il semblerait qu'au début la scène principale n'était pas la Medina, mais Grande Dakar qui a perdu sa place au fil de temps au profit de la première, notamment depuis l'installation du nouveau commissariat en 2000/2001. Celui-ci aurait contribué à faire fuir les dealers et aurait éclaté cette scène ouverte en multitude de petites dispersées dans les autres quartiers et départements. Médina mise à part, des scènes auraient fait leur apparition à Yoff, Ouakam et Pikine puis, plus récemment, à Parcelles.

Dakar comme « épicentre » du trafic et de la consommation

La consommation d'héroïne, de cocaïne, sous forme fumable notamment (crack) et, dans une moindre mesure, de médicaments psychotropes sont assez fréquents dans la région de Dakar.

Sans conteste elle est l'épicentre de la vente notamment de cocaïne et d'héroïne : elle est à la fois une destination des trafics de transit de Guinée Bissau et de Gambie vers l'Europe ; un lieu d'approvisionnement pour les autres régions sénégalaises et siège des grands et moyens trafiquants et, enfin, lieu d'approvisionnement y compris de détail pour les petits dealers et les usagers, notamment pour ceux de la région limitrophe de Thiès.

Marché de drogues dans la région de Dakar

Dans chacun de ces trois départements, plusieurs quartiers sont connus pour être des lieux d'approvisionnement de cocaïne et d'héroïne. Dans le département de Dakar, le plus célèbre de ces quartiers est sans conteste est le Medina, qui remplit tous les critères d'une « scène ouverte » fonctionnant de jour comme de nuit, lieu de rassemblement et de concentration des usagers et des dealers. Les usagers d'autres quartiers du département viennent souvent pour y acheter, rencontrer d'autres usagers, y faire des affaires, etc. La majorité des consommateurs actuels de Medina serait en fait composée d'anciens dealers qui, après un laps de temps dans la vente, deviennent eux-mêmes consommateurs. Il y aurait même un proverbe wolof disant : « *Qui deal consomme* ». C'est est une des spécificités de cette scène où les dealers mais aussi une partie des consommateurs sont des habitants du quartier. Dealer dans son propre quartier contribue à encrener la « scène » dans le tissu social. Cela rend le trafic plus ou moins acceptable, les habitants étant peu enclins à dénoncer leurs enfants ou les enfants du voisin. Selon un habitant de Medina, les usagers sont plutôt vieux alors que les dealers sont plutôt jeunes. Selon lui, « *Les toxicos d'aujourd'hui sont les dealers d'hier et les dealers d'aujourd'hui sont les toxicos de demain* ». Certains dealers ont à peine 18 ans, dit-il.

Bien loin derrière viennent Grand Dakar, Parcelles assainies puis, dans une moindre mesure, Yoff, Ben Tali et Castor, N'gor, les S.I.C.A.P. et enfin Mermoz. Les scènes de ces quartiers entrent dans le cadre de ce qu'on a l'habitude de désigner par scènes cachées ou dispersées.

Profil de dealers et modalités de vente

De nombreux usagers confirment que la vente en gros est tenue par des trafiquants ressortissants des pays anglophones de l'Afrique de l'Ouest, notamment des nigériens et des ghanéens, alors que les petits vendeurs au détail sont tous des sénégalais. Ces dealers sont généralement « bi-cartes », c'est-à-dire qu'ils vendent aussi bien de l'héroïne que du crack, mais jamais des médicaments psychotropes « pions ». Les deux marchés sont totalement étanches, sauf peut être pour ce qui est des médicaments de substitution à l'héroïne, notamment le Subutex.

Trois modalités principales de vente en détail sont plus couramment utilisées : vente dans la rue, par téléphone ou chez le dealer. Cette dernière modalité semble être la plus utilisée, notamment à la Médina. En effet, dans ce quartier et probablement dans les autres quartiers, de nombreux dealers réservent une pièce destinée à la consommation de leurs clients. Par crainte de la

répression policière, certains interdisent à leurs clients de partir avec une quantité achetée non consommée.

Héroïne

Dénomination

Il existe plusieurs variétés d'héroïne, différemment perçues par les usagers qui leur donnent des dénominations différentes. Les plus couramment citées sont :

1. Dénomination générique : héroïne, héro ou, en Wolof, « sankhal » (poudre) et « Héroïne-Potilum » (sale). Cette dernière appellation ressemble plus à une représentation sociale péjorative du produit qu'à une vraie domination couramment utilisée.
2. Dénomination de l'héroïne en forme « chlorhydrate » : Cristal (très blanc), Blanche, Off white, Thaïlandaise.
3. Dénomination de l'héroïne en forme « base » : Brown, Brown Sugar, marron.

Formes, disponibilité et prix

La forme de l'héroïne actuellement disponible et qui semble dominer le marché est le chlorhydrate. Ceux qui l'injectent ne le chauffent pas, ce qui tend à confirmer qu'il s'agit effectivement du chlorhydrate d'héroïne qui est soluble à l'eau. Elle peut être très blanche ou jaunâtre, « maïs » beige. L'héroïne en forme base, « brune », est très peu disponible à Dakar et au Sénégal en général.

Alors que la forme base « thermostable » destinée à être fumée dominait le marché jusque environ l'année 2002, après une période de pénurie de cette forme basique, l'héroïne blanche a fait soudainement son apparition et, pour ainsi dire, a totalement évincée l'autre.

Que se soit sous la forme chlorhydrate ou basique, l'héroïne au détail se vend dans un paquet en plastique soudé au feu en forme de « parachute » (voir photo).

Correspondant à environ ¼ de gramme, le paquet est vendu à l'unité à un prix minimum de 600 francs CFA (un peu moins d'un euro) et à un prix maximum de 2 000 francs (3€), le prix le plus courant se situant dans la fourchette 1 000(1,50 €) à 1 500 francs (2,30 €). Cette quantité est destinée à être consommée en une seule fois. Le prix moyen du gramme à l'unité se situe entre 15 000 et 17 000 francs CFA (23 à 26 €).

Cocaïne

Dénomination

Elle est désignée soit par une domination générique (cocaïne) ou par celle de « cristal ». La forme disponible est la forme base. Cette forme est le plus souvent désignée soit par le terme caillou ou par sa traduction Wolof, « Kher ». Le tout petit caillou peut être appelé « flash » car il se

consomme en une seule prise. Il faut signaler que les termes de crack et de « free base » ne sont jamais utilisés pour désigner la forme fumable (base) de la cocaïne.

Formes, disponibilité et prix

Quoiqu'elle soit disponible sur le marché, la forme chlorhydrate de cocaïne (poudre) est plutôt rare à trouver, du moins pour les usagers rencontrés. Ils sont le plus souvent en mesure d'en indiquer le prix à l'unité, qui se situerait pour le gramme entre 20 000 à 22 000 francs CFA (entre 30,7 € et 33,8 €).

Presque exclusivement, ils achètent la cocaïne dans sa forme free base, dite « cuisinée », caillou/crack, destinée à être fumée. Les récits des usagers concordent sur le fait que les dealers ne vendent jamais la cocaïne en poudre.

Un dealer de cocaïne de Dakar, interviewé lors de son séjour de vacances au Cap Skerring en Casamance, décrit le procédé qu'il utilise lui-même ainsi que tous les autres dealers qu'il connaît pour transformer la cocaïne chlorhydrate (poudre) en cocaïne base (crack) : « *Tu prends une gaz (gazinière). Tu prends une louche et tu le mets sur le feu. Tu mets un peu d'eau et du bicarbonate. Tu mets la poudre. Tu prends un brin d'allumette. Après un moment ça bouille tu collectes avec le brin. Le truc reste collé au brin. A la fin il ne reste que de l'eau.* ». Pour 5 grammes de poudre, il met 2 grammes de bicarbonate. « *trop du bicarbonate ça donne la diarrhée* » dit-il.

En fonction de sa taille, un caillou peut être vendu entre 2 500 et 5 000 francs CFA (donc entre 3,8 € et 7,70 €). Toutefois ce caillou est le plus souvent divisé en deux ou en quatre par l'utilisateur, ce qui correspond à un prix moyen de la dose d'environ 1 200 francs CFA. C'est un prix comparable au prix moyen d'un paquet d'héroïne.

Même s'ils en connaissent tous le procédé, aucun des usagers rencontrés ne transforme lui-même la poudre en caillou. Ces usagers estiment que cette transformation est l'œuvre des dealers. « Cuisiner » la cocaïne marque ainsi, au plan symbolique tout au moins, la frontière entre usager et dealer.

Médicaments psychotropes

Dénommés localement « pions » ou « Pills » (comprimés, en anglais), le marché des médicaments psychotropes est florissant à Dakar. Les médicaments les plus utilisés par les usagers de drogues sont ceux qui sont regroupés sous le vocable générique de « Roche » du nom du laboratoire qui produit le Valium® 5 et 10, le Rohypnol 2mg® et le rivotril®. Le prix d'un comprimé se situe entre 300 et 600 francs CFA. Le prix le plus courant est de 400 francs CFA. Un autre médicament de la famille des barbituriques, l'Immenocet®, semble être aussi disponible et demandé par les usagers.

Le Subutex®, traitement de substitution aux opiacés utilisé essentiellement en France, est sporadiquement disponible au marché noir à Dakar. Sa disponibilité dépend des retours des usagers de drogues ayant obtenu une prescription médicale en France. Certains ont l'habitude d'échanger auprès des dealers leur subutex contre un caillou ou un paquet d'héroïne. Le dealer le revend ensuite à l'unité à un prix beaucoup plus élevé. Le prix d'un comprimé de 8 mg est compris

entre 5 000 et 10 000 francs CFA. Le prix le plus courant se situe autour de 7 500 à 8 000 francs CFA (entre 11,50 € 12,30 €).

La Méthadone est rarement disponible en comprimé et encore moins en fiole. Lorsqu'elle est disponible, le prix du comprimé est similaire au prix du Subutex.

Ces médicaments sont pris comme il se doit par voie orale. Nous ne trouvons aucune mention du recours à d'autres voies d'administration, sniff, injection ou voire pulmonaire, comme c'est le cas en France.

Modalités de consommation des produits

À l'exception d'un usager qui dit préférer sniffer et d'un autre qui, après l'avoir écrasé, se l'injecte, tous les autres fument la cocaïne, qu'elle soit en forme de poudre ou en forme caillou/crack. Pour ce qui est de l'héroïne, il ne semble pas y avoir un mode d'administration dominant. Les modes d'administration sont plus diversifiés que dans le cas de la cocaïne/crack.

Modalités de consommation de la cocaïne/crack

Trois méthodes principales sont utilisées pour fumer la cocaïne/crack :

- Dans une cigarette : le caillou est écrasé et transformé en poudre qui sera mélangée au tabac « comme un joint de chanvre » ;
- Dans une « Tama » (pipe artisanale, en wolof) : le plus souvent fabriquée à partir d'une boîte d'allumette qu'on couvre le papier d'aluminium pris d'un (Chwingum Hollywood) dans lequel on perce quelques trous, lesquels sont ensuite couverts de cendres sur lesquelles le caillou est déposé. Grâce à un briquet, le caillou est chauffé. La vapeur qui s'en dégage est inhalée. (voir photo). Comme les papiers d'aluminium sont très fragiles, les usagers en fabriquent autant des fois qu'ils sont amenés à fumer. Il est à noter que le « Tama » est plus usité parmi les usagers fumeurs de caillou car il est plus spécifique à cette pratique que « Tokokai » qui semble désigner n'importe quelle pipe, peu important alors le produit utilisé.
- Dans un verre converti en pipe : le procédé est décrit ici par un usager qui avait l'habitude d'utiliser en France le doseur de Pastis en vogue chez les usagers de crack parisiens. Dès son retour au Sénégal, il dit avoir été contraint de trouver un substitut à cet objet : *« J'utilise des matériels locaux : je prends un verre et prends de l'aluminium et je le scotch. Je fais des petits trous à côté pour aspirer. Je prends un élastique pour que l'air n'échappe pas. De l'autre côté je fais une dizaine de trous et je fais un grand trou pour aspirer. Je prends une boîte d'aspirine et je mets l'aluminium. Je prends un stylo Bic, et je le casse, pour aspirer. Je fais des petits trous et je mets des cendres et je mets le caillou au dessus et je tire ».*

Utiliser un verre comme pipe permet comme pour le doseur de récupérer après plusieurs consommations, le résidu, dit « huile », tant apprécié par les usagers de crack, et de le fumer. Ce faisant, les usagers économisent le prix d'une dose : *« quand je fume un jour ou deux le troisième jour je peux récupérer (le huile) et n'est pas acheter »* et consommer en même temps un produit perçu par les usagers comme beaucoup plus puissant que le caillou classique.

Modalités de consommation de l'héroïne

Le mode d'administration majoritaire de l'héroïne parmi les usagers rencontrés à Dakar est pulmonaire (fumer). Le mode nasale et le mode intraveineux sont minoritaires.

La méthode dite « chasser le dragon », la plus répandue dans le monde, n'est pas utilisée à Dakar et probablement pas au Sénégal. Un usager explique cela par le fait que la quantité d'héroïne vendue pour une dose est trop petite et ne permet pas l'usage de cette méthode qui nécessite, d'après son expérience en France, beaucoup plus de produit. Les usagers sénégalais préfèrent fumer l'héroïne en cigarette. L'héroïne est déposée à l'intérieur de celle-ci comme le décrivent les deux récits suivants : « *Je prends une cigarette et j'enlève un peu du tabac et je mets la poudre dedans et j'aspire* » ; « *Tu prends le papier à rouler Rizla, tu coupes cigarette au milieu et tu mis la poudre à l'intérieur* ».

Le rejet de l'injection est assez fort dans l'esprit de nombreux usagers comme le confirment les nombreux discours hostiles. La crainte des conséquences en termes de santé est très présente dans leurs discours : « *Chacun ici a peur de s'injecter car toutes les gens qui ont injecté sont mort* » ; « *Je n'aime pas prendre de risques surtout avec la seringue. Je n'aime pas quoi* ». Un usager assez âgé dit qu'il sait que « *scientifiquement c'est plus efficace* » par la puissance des effets en comparaison avec les autres modes d'administration, mais il dit avoir toujours évité d'y recourir par crainte des conséquences et parce qu'il « *a toujours trouvé ça trop dégoulassé. La première personne qui l'a vu s'injecter elle n'était pas très présentable et ça m'a dégouté* ». Un autre estime que l'injection n'est pas une pratique africaine « *On Afrique on ne connaît pas trop ça ça se fume ou ça sniff. Ceux qui sont l'habitude de s'injecter ils ne sont pas des gens d'ici quoi* ».

En dépit de ce discours radical contre l'injection, cette pratique est utilisée quotidiennement par un certains catégories d'usagers. Selon les dires de certains parmi eux, elle semble même en augmentation parmi les héroïnomanes : « *Quand tu prends ça plus tard tu vas finir par prendre la piqure quoi. À force tu prends tu prends tu te sens pas bien et les toxicomanes disent à l'autre vas-y prends la piqure. À force de fumer tu vas finir par prendre la piqure. C'est plus facile de tomber dans la piqure avec ça* ».

Plusieurs raisons principales sont évoquées pour expliquer le développement de l'injection parmi les usagers de drogues tout particulièrement dans la région de Dakar :

1. La première est en lien avec un niveau de vie et de consommation, plus élevé qu'ailleurs. Comme l'explique Mostafa, dealer originaire de Casamance exerçant ses activités à Dakar, les usagers disposent comparativement de moyens financiers plus importants qu'ailleurs. Ils ont un accès plus facile et plus diversifié aux produits en quantités plus importantes. Cela se traduit par un développement plus rapide de la dépendance et de la tolérance aux produits consommés. Cette dépendance et cette tolérance à des niveaux élevés les conduisent presque inexorablement vers l'injection, soit pour retrouver les effets initiaux des produits ou parce que c'est plus économique : « *Là-bas ils sont plus évolués que nous. Les gens qui s'injectent, ils ont pris l'héroïne, ils ont pris le caillou, après un moment ça ne donne pas d'effet quoi. Après un moment ils sont rentrés pour s'injecter* ».

C'est le cas aussi de Benta. Elle a commencé à consommer de l'héroïne en 1986 exclusivement en sniff, puis est passée à l'injection à partir de 1992. Elle fut initiée à cette pratique par une copine qui venait de rentrer de France; celle-ci lui conseillait de recourir à ce mode d'administration car, disait-elle, « c'est mieux, tu sentais mieux la came ». L'occasion s'est présentée lorsqu'un jour elle n'a trouvé de l'héroïne (brune) qu'en forme « patte » qu'elle ne pouvait pas sniffer. Après la première injection faite par la copine elle s'était sentie tellement mieux qu'elle préfère depuis avoir recours à cette voie d'administration. La copine lui a fait l'injection pendant 2 jours, puis elle a appris à le faire toute seule. Le sniff demeure néanmoins une voie de secours lorsque l'injection n'est pas possible, par exemple en cas d'absence de lumière ou lorsque l'endroit « n'est pas propice ».

2. La seconde est en lien avec les effets de l'injection perçus comme étant plus forts que les autres modes d'administration. C'est ainsi que le formule *Balchi*, 45 ans, injecteur lui-même : « *Si tu l'injectes tu le sens plus que quand tu le fumes. Il part directement dans le sang. Si tu le mets dans la seringue tu vas sentir la dose. Si tu l'injecte tu le sens aussitôt* ».

3. La troisième est plutôt d'ordre économique dans la mesure où l'injection, contrairement aux autres modes d'administration, n'occasionne aucune perte du produit. Comparativement donc, à quantité égale, les effets sont plus forts : « *la quantité qu'ils vendent n'est pas beaucoup, à l'injection tu la sens mieux quoi* ».

4. Enfin la transition vers l'injection peut être la résultante de l'influence des pairs. C'est le cas d'Amy, 29 ans, qui a fumé l'héroïne en cigarette exclusivement pendant cinq ans. Elle a ensuite effectué une transition vers l'injection. Elle raconte ainsi les circonstances dans lesquelles elle a été amenée à passer outre le tabou de l'injection : « *J'étais en manque et j'avis pas d'argent. J'ai lui dit que je suis en manque il faut que tu me soigne. Elle m'a dit qu'elle avait qu'une seule part à partager avec moi. Il faut que tu le shoot. J'ai lui dit que je me shoot pas. Elle a tout pris et elle l'a mit dans la cuillère et a mit de l'eau et elle m'a dit tu choisie si tu veux te shooter ou pas. J'ai dit maintenant qu'est ce que je vais faire. Elle a dit tu vas à la pharmacie pour demander des seringues. Elle m'a montré comment on fait* ». « *Rien de mieux (que l'injection) C'est la meilleure. C'est plus fort que la fumette* », conclue t-elle.

Profil d'injecteurs

Il existe à Dakar grosso modo trois catégories d'injecteurs, dont la plus importante est celle des vieux usagers d'héroïne qui ont été initiés à ce mode d'administration en Europe ou au Sénégal au cours de deux décennies, celle des années quatre-vingt et celle des années quatre-vingt dix. Ce sont d'anciens et des nouveaux consommateurs de crack devenus dépendants à l'héroïne initialement utilisée comme produit de descente, mais également des travailleuses du sexe qui consomment du crack. Parmi elles, l'injection semble être plutôt en phase ascendante, comme le confirme le récit d'une travailleuse du sexe injectrice.

Modalités de partage des matériels d'injection et situations à risques de contaminations par le VIH ou le VHC

La forme d'héroïne disponible à Dakar depuis 2002 environ (chlorhydrate, blanche) se prépare pour l'injection tout simplement par un mélange dans un récipient (cuillère) à l'eau froide uniquement (voir photos) sans chauffage ni ajout d'un acide.

Les risques inhérents au partage de la seringue sont bien identifiés. Pourtant « des cas de force majeure » conduisent fréquemment les usagers à y avoir recours. En effet, dans les conditions de consommation et d'injection de tous les jours, ces cas sont assez fréquents, notamment lorsque les pharmacies sont fermées : *« Parce que des fois il n'y a pas des seringues parce que c'est la nuit et pharmaciens sont fermés et tu obligé de faire ça ».*

Contrairement au cas des seringues, les risques liés aux partages des autres matériels d'injection sont peu ou pas connus. Nombreux sont qui croient que *« Ce que dangereux est le partage de seringues. C'est ça que dangereux ».* Cette croyance semble être très commune et partagée parmi les usagers, notamment lorsqu'il s'agit de partage de la cuillère (mettre le produit dans le même récipient et aspirer chacun un volume convenu), de conserver les filtres pour les réutiliser en cas de manque, de céder ses propres filtres à un autre usager pour le dépanner, d'utiliser les filtres déjà utilisés par un autre usager pour soulager un état de manque. Outre ces pratiques à risques, il existe des situations potentiellement à risques comme s'injecter dans des lieux de consommation collectifs comme les squats, les maisons abandonnées ou chez le dealer, car achat et consommation s'y déroulent dans la même espace en présence d'autres injecteurs.

Disponibilité des seringues en pharmacies de ville

Les seringues sont légalement en vente libre à un prix abordable, de 100 à 150 francs CFA. Le type de seringues communément utilisée est le 1cc dite « à insuline » (aiguille fixe). Même si les seringues sont en vente libre, l'attitude de certains pharmaciens constitue souvent une barrière à l'acquisition. En effet, certains refusent d'en vendre aux personnes qu'ils soupçonnent d'être usagers de drogues. *« Ils disent qu'il n'ya pas ».* Les usagers de leur côté évitent d'aller acheter des seringues en pharmacie car « il y a une gêne ».

lettre d'information

Enquête de prévalence et de pratiques à risque d'infection à VIH, VHB, et VHC chez les usagers de drogues dans la région de Dakar

Promoteurs :

-Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS)

101 rue de Tolbiac – 75013 Paris (France)

Tél : +33 (0) 1 53 94 60 00 – Fax : +33 (0) 1 53 94 60 05

-Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS)

Rue NG, 191 Im Concorde – Route de NGOR

B.P. 25927, Dakar – Fann (Sénégal)

Tel: 33 869 09 09 Fax: 33 820 34 79

Investigateur principal : Dr Ibra Ndoye (CNLS)

Lettre d'information

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité/e à participer à une étude dénommée « Enquête de prévalence et de pratiques à risque d'infection à VIH, VHB, et VHC chez les usagers de drogues dans la région de Dakar » organisée par l'Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS). Elle se déroule au CRCF qui est un site de prise en charge et de recherche sur la maladie VIH/SIDA.

Afin de décider d'y participer, il est important que vous lisiez attentivement et que vous compreniez cette lettre d'information qui vous apporte les renseignements nécessaires sur cette étude. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous voulez au médecin responsable ou à toute autre personne de l'équipe de recherche.

Il n'y a aucune obligation à participer à cette étude, c'est vous qui choisissez, votre participation est entièrement libre et volontaire.

Si vous ne souhaitez pas participer à cette étude ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez le faire quand vous le souhaitez et ce sans avoir besoin de justifier votre motif.

Cette enquête est anonyme, cela signifie que votre nom ne vous sera pas demandé. Toutes les informations fournies au cours de cette étude sont confidentielles et seule l'équipe de recherche en charge de l'étude y aura accès.

Tout le personnel du CRCF et de l'équipe de recherche a signé un engagement de confidentialité.

Pourquoi participer à cette étude ?

En participant à cette étude, vous permettrez au CNLS de mesurer la vulnérabilité au VIH et aux hépatites des usagers de cocaïne et/ou d'héroïne de la région de Dakar et de définir les besoins de prévention et de prise en charge médicale.

Ces données pourront permettre des recherches de financements pour mettre en place des programmes de santé spécifiques.

Quel est l'objectif de l'étude ?

Cette étude a pour objectifs :

-d'évaluer l'ampleur de l'usage des drogues injectables, quelque soit le mode d'usage, dans la région de Dakar.

-d'estimer la séroprévalence VIH, VHB et VHC des usagers.

-d'estimer la taille des populations d'usagers injecteurs et non injecteurs.

-d'identifier les comportements à risques de viroses chroniques.

-d'identifier les besoins des usagers en matière de prévention de la transmission du VIH, du VHB et du VHC et de soins d'addiction.

En quoi consiste cette étude ?

Vous êtes accueilli par un travailleur social qui s'est assuré que vous faites parti de la population à enquêter puis vous a attribué votre numéro d'anonymat et vous a informé de la teneur de l'étude.

Après ce temps d'information, nous vous laisserons un temps de réflexion.

Si vous acceptez d'y participer, il vous faudra compter passer environ deux heures parmi nous.

Puis, vous répondrez à un questionnaire avec un « interviewer ». Comme cette enquête est anonyme, avant de débiter le questionnaire, l'enquêteur prendra les mesures de votre taille, de vos bras et de vos poignets pour pouvoir vous reconnaître.

Certaines des questions concernent votre vie privée. Nous vous rappelons que cet entretien est confidentiel et vous demandons de répondre à nos questions honnêtement et au mieux de votre capacité pour que les résultats de l'enquête soient au plus près de la réalité. Cependant, si des questions vous gênent trop, vous

pourrez refuser d'y répondre.

Après ce questionnaire, un prélèvement de quelques gouttes de votre sang par une piqûre au bout du doigt sera réalisé. Un biologiste va déposer quelques gouttes de votre sang sur un papier-buvard afin de pouvoir réaliser des tests de dépistage du VIH et des hépatites B et C. Comme pour le questionnaire, aucun lien ne peut être établi entre les résultats et vous-même dans le cadre de l'enquête.

Vous serez ensuite orienté vers le « gestionnaire de coupons » qui vous remettra votre défraiement pour votre participation et le transport. Il vous expliquera aussi comment recruter d'autres usagers de cocaïne et ou d'héroïne de votre entourage pour participer à l'enquête et vous remettra pour cela des coupons de recrutement. Il vous expliquera également comment vous pourrez vous renseigner pour savoir si les personnes que vous avez recrutées sont venues participer à l'enquête et venir chercher le défraiement prévu pour ce recrutement : comme cette enquête est anonyme, vos mesures (taille, bras, poignets) permettront d'être certains de ne remettre ce défraiement qu'à vous-même.

Enfin, vous serez reçu pour un entretien individuel de prévention avec un « conseiller » : cet entretien vous permettra de faire le point sur vos connaissances concernant la maladie VIH/SIDA et les hépatites B et C et d'échanger sur vos pratiques et les modes de prévention que vous pouvez utiliser pour vous protéger, et protéger les autres, de ces maladies.

Par ailleurs, une liste de médecins psychiatres compétents en addictologie volontaires pour vous recevoir vous sera remise afin de vous permettre de bénéficier d'un soutien médical si vous souhaitez bénéficier de soins pour votre addiction.

Par la suite, si vous le souhaitez, vous pourrez connaître le résultat des tests effectués sur votre sang avec votre numéro d'anonymat. Ces résultats seront rendus, dans un délai d'une quinzaine de jours après le prélèvement, au Centre de traitement Ambulatoire (CTA) qui est situé à côté du centre de recherche. Les modalités pratiques pour ce rendu vous seront données lors de l'entretien de prévention. L'intérêt du dépistage est de pouvoir vous mettre en relation avec les équipes soignantes en cas de résultat positif pour le VIH ou les hépatites afin que vous puissiez bénéficier le plus rapidement possible de la prise en charge de ces maladies selon les standards de soins nationaux.

Qui peut participer à cette étude ?

Les personnes de plus de 18 ans ou mineures de plus de 15ans émancipées

- Ayant fait recours au mode d'administration intraveineux au cours des trois derniers mois pour injecter des drogues quel que soit le produit injecté.
- Ou ayant consommé de l'héroïne ou de la cocaïne/crack au cours des derniers trois mois quel que soit le mode d'administration.

Toute personne correspondant à un des deux critères d'inclusions susmentionnés doit aussi :

- Être résidant, permanent dans la région de Dakar au cours des derniers trois mois au moins
- Être en mesure de prouver son appartenance au groupe inclus dans l'étude.

Quels sont les bénéfices attendus et les risques prévisibles ?

Cette étude vous permet de recevoir des informations sur le VIH et les hépatites, de faire le point quant aux risques pris et de bénéficier de conseils de prévention adaptés à vos pratiques.

Elle vous permettra un contact facilité avec un spécialiste des soins d'addiction si vous le souhaitez.

Vous pourrez également bénéficier des résultats des tests de dépistage effectués sur votre sang, vous devrez pour cela attendre une quinzaine de jours pour les connaître et vous rendre au CTA.

Le prélèvement sanguin au bout du doigt ne comporte aucun risque. Parler de ces maladies pourra provoquer de l'anxiété mais nous ferons de notre mieux pour vous aider à y faire face.

Le lieu de l'enquête et la méthode utilisée l'ont été afin de protéger votre anonymat. Si vous craignez d'être ennuyé à la sortie du CRCF, nous pouvons vous accompagner jusqu'à un moyen de transport.

Quels sont les avantages et les contraintes ?

Pour votre participation à l'étude vous recevrez un défraiement de 5000 FCFA pour le temps consacré. À cela s'ajoute un remboursement forfaitaire de transport de 2000 francs CFA soit un total 7000 francs FCFA.

Nous vous proposerons d'informer d'autres personnes consommatrices de drogues de cette étude et de leur remettre des coupons de recrutement. Pour chaque personne recrutée qui participera à l'étude, vous recevrez un défraiement de 4000 FCFA.

Vous noterez bien que les remboursements/défraiements prévus ne le sont que pour les personnes qui auront participé à la totalité de l'enquête.

Les contraintes liées à l'étude sont le temps que l'on vous demande de lui consacrer :

Pour votre participation : à savoir environ 2 heures, ainsi que le temps du transport aller-retour.

Pour prendre le temps d'informer d'autres personnes de cette enquête, les inciter à participer et les

recruter.

Quels sont vos droits ?

Conformément à la loi sur la recherche en santé d'avril 2009, cette étude a obtenu un avis favorable du CNERS et une autorisation administrative du Ministère de la Santé et de la Prévention médicale. En cas de besoin, vous pouvez contacter le CNERS au 33 869 49 13.

Lorsque que l'étude sera terminée, et si vous le souhaitez, vous serez tenu informé personnellement des résultats globaux dès qu'ils seront disponibles par le médecin responsable et/ou le médiateur éthique de l'étude en appelant le CRCF (33 869 81 88) ou en venant directement au CRCF.

Après avoir lu cette lettre d'information, vous pouvez poser toutes les questions que vous désirez.

Si vous acceptez de participer, après un délai de réflexion, vous signerez un consentement portant votre numéro d'anonymat auprès du médecin responsable de la base de recherche.

FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

« Enquête de prévalence et de pratiques à risque d'infection à VIH, VHB, et VHC chez les usagers de drogues dans la région de Dakar »

Promoteurs :

-Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS)

101 rue de Tolbiac – 75013 Paris (France)

Tél : +33 (0) 1 53 94 60 00 – Fax : +33 (0) 1 53 94 60 05

-Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS)

Rue NG, 191 Im Concorde – Route de NGOR

B.P. 25927, Dakar – Fann (Sénégal)

Tel: 33 869 09 09 Fax: 33 820 34 79

Investigateur principal : Dr Ibra NDOYE

Je, soussigné(e) déclare avoir lu et/ou m'être fait expliquer la notice d'information de l'enquête mentionnée ci-dessus, et l'avoir comprise. Un exemplaire m'a été remis et un délai de réflexion m'a été donné avant de prendre ma décision. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais auprès de l'accueillant et du médecin responsable de la base d'enquête qui m'ont expliqué la nature, les objectifs, les bénéfices, les risques potentiels, les contraintes liés à ma participation à l'étude ainsi que mes droits et mes engagements.

Je comprends les objectifs, les bénéfices, les risques potentiels, les contraintes, mes droits liés à ma participation.

Je sais qu'il me sera demandé de réaliser un entretien avec un interviewer concernant les pratiques d'usage d'héroïne et de cocaïne dans la région de Dakar, d'accepter un prélèvement de quelques gouttes de sang par piqûre au bout d'un doigt pour un test de dépistage des infections à VIH, VHB et VHC et de réaliser un entretien de prévention.

Je sais qu'il me sera également éventuellement demandé de recruter d'autres personnes pour participer à l'enquête et que je pourrai avoir accès aux résultats de mes tests de dépistage.

En signant ce formulaire, j'accepte :

- que les informations non identifiantes recueillies à l'occasion de cette enquête puissent faire l'objet d'un traitement informatisé.

- que seuls les médecins, scientifiques ou membres de l'équipe de recherche scientifique impliqués dans le déroulement de l'enquête, ainsi que le représentant des Autorités de Santé, aient accès à l'information dans le respect le plus strict de la confidentialité.

J'ai bien noté que je pourrai, si je le souhaite, retirer à tout moment mon consentement auprès du Dr _____, sans avoir à justifier ma décision et sans subir aucun préjudice. Je suis informé que les défraiements prévus ne le sont que pour les personnes qui auront participé à la totalité de l'enquête.

J'ai été informé qu'en signant ce formulaire de consentement éclairé, je ne renonce à aucun de mes droits et ne dégage aucunement les investigateurs, les commanditaires ou les centres où se déroule la recherche de leurs responsabilités légales et professionnelles. Je conserve tous les droits garantis par la loi.

J'ai bien noté que cette étude a reçu l'avis favorable du Comité National d'Ethique sur la Recherche en Santé du Sénégal le _____.

J'ai été informé que je pourrais avoir connaissance des résultats globaux de l'étude dès qu'ils seront disponibles par le médecin responsable et/ou le médiateur éthique de l'étude en appelant le CRCF (33 869 81 88) ou en venant directement au CRCF.

Je déclare ne pas avoir déjà participé à cette étude.

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans la lettre d'information

. OUI . NON

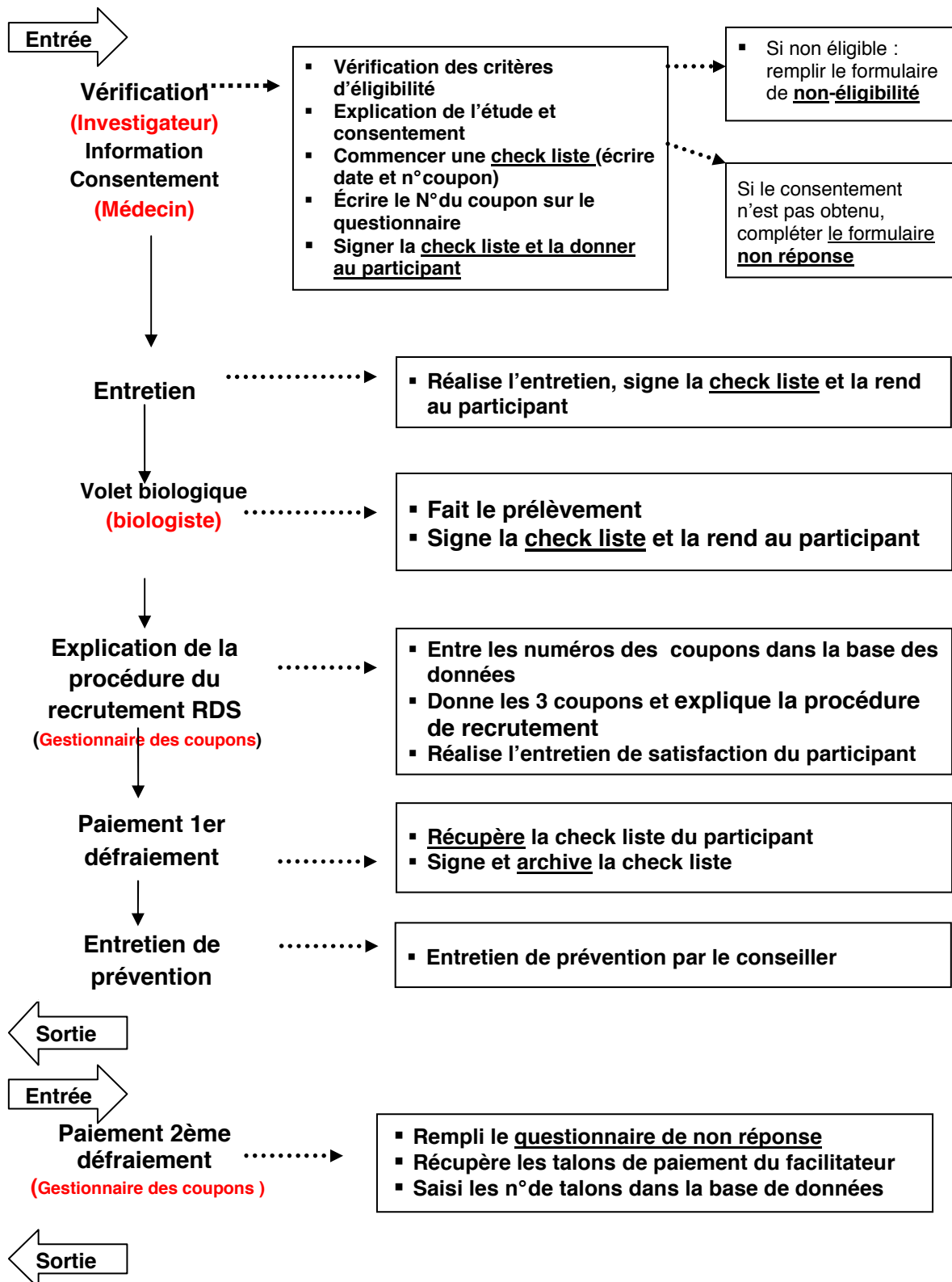
Numéro d'anonymat du participant : _____

Fait à : _____ , le : _____
Signature :

Je soussigné(e), Docteur _____, en qualité de médecin responsable de la base d'enquête certifie avoir clairement expliqué à ce participant la nature, les objectifs, les risques potentiels, les bénéfices et les contraintes liés à cette étude, et avoir recueilli son consentement exprès, libre et éclairé.

Fait à _____, le _____
Signature :

Schéma 1 : chronologique des procédures à appliquer lors de la réception des recrues, participants et facilitateurs



13. Comportements sexuels :										
a. Avoir eu des rapports sexuels au cours de 12 derniers mois:					1 ☐ oui		2 ☐ non			
b. Utilisation du préservatif au cours de 12 derniers mois :					1 ☐ Toujours		2 ☐ Souvent		3 ☐ Rarement 4 ☐ Jamais	
c. Avoir des rapports sexuels (même une seule fois au cours de la vie) pour de l'argent, de la drogue ou autre avantage matériel :										
1 ☐ oui 2 ☐ non 3 ☐ NSP										
d. Durant les 12 derniers mois, avoir des rapports sexuels avec d'autres personnes en dehors du partenaire régulier: 1 ☐ oui 2 ☐ non										
e. Usage du préservatif lors du dernier rapport sexuel :										
					1 ☐ oui		2 ☐ non			

VIH			14. Connaissance de modes de transmission				VHC		
Oui	Non	NSP	a. VIH et du VHC en liens avec l'usage de drogues				Oui	Non	NSP
☐	☐	☐	Utiliser la même Seringue déjà utilisée par un autre usager				☐	☐	☐
☐	☐	☐	Utiliser le même Coton/Filtre (pour injection) déjà utilisé par un autre usager				☐	☐	☐
☐	☐	☐	Utiliser le même Eau de préparation d'injection déjà utilisé, par un autre usager				☐	☐	☐
☐	☐	☐	Utiliser le même Eau de rinçage de matériels d'injection déjà utilisé par un autre usager				☐	☐	☐
☐	☐	☐	Utiliser la même Cuillère (récipient), pour préparer le produit à injecter, déjà utilisée par un autre usager				☐	☐	☐
☐	☐	☐	Utiliser la même Pipe pour fumer déjà utilisé par un autre usager				☐	☐	☐
☐	☐	☐	Utiliser la même Paille pour sniffer déjà utilisé par un autre usager				☐	☐	☐
b. Autres modes de transmission du VIH									
Avoir des rapports sexuels avec une seule partenaire fidèle et séronégative (pas infectée par le VIH) réduit-il le risque de transmission du VIH ? :									
1 ☐ oui 2 ☐ non 3 ☐ NSP									
L'usage du préservatif réduit-il le risque de transmission du VIH ? :					Peut-on se contaminer par le VIH en partageant un repas avec une personne infectée par le VIH ? 1 ☐ oui 2 ☐ non 3 ☐ NSP				
1 ☐ oui 2 ☐ non 3 ☐ NSP									
Une personne qui a l'air d'être en bonne santé peut-elle être contaminée par le VIH ? 1 ☐ oui 2 ☐ non 3 ☐ NSP					La piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ? 1 ☐ oui 2 ☐ non 3 ☐ NSP				

15. VIH : Sérologie :		1 ☐ N'a pas fait le test		2 ☐ A fait le test : Année du dernier test __ __ __ __ __ __	
a. si test :		1 ☐ Résultat positif 2 ☐ Résultat négatif 3 ☐ Inconnue		b. si résultat positif, année de découverte de séropositivité __ __ __ __ __ __	
c. si positif: Consultation d'un médecin dans les 12 derniers mois pour cette affection 1 ☐ oui 2 ☐ non		d. traitement prescrit : 1 ☐ oui 2 ☐ non			

16. VHC : Sérologie :		1 ☐ N'a pas fait le test		2 ☐ A fait le test : Année du dernier test __ __ __ __ __ __	
a. si test :		1 ☐ Résultat positif 2 ☐ Résultat négatif 3 ☐ Inconnue		b. si résultat positif, année de découverte de séropositivité __ __ __ __ __ __	
c. si positif: Consultation d'un médecin dans les 12 derniers mois pour cette affection 1 ☐ oui 2 ☐ non		d. traitement prescrit : 1 ☐ oui 2 ☐ non			

17. VHB : Sérologie :		1 ☐ N'a pas fait le test		2 ☐ A fait le test		Année du dernier test __ __ __ __ __ __	
a. si test :		1 ☐ hépatite B chronique 3 ☐ négatif		2 ☐ protégé contre l'hépatite B 4 ☐ Inconnue		b. si hépatite B chronique, année de découverte __ __ __ __ __ __	
c. si hépatite B chronique, Consultation d'un médecin dans les 12 derniers mois pour cette affection 1 ☐ oui 2 ☐ non		d. traitement prescrit : 1 ☐ oui 2 ☐ non					

18. Arrestation :		au cours de douze derniers mois pour un problème en relation avec la drogue :		1 ☐ oui 2 ☐ non	
--------------------------	--	---	--	---	--

19. Incarcérations :		Incarcération au cours de la vie : 1 ☐ oui 2 ☐ non	
a. si oui, consommation de drogues en prison : 1 ☐ oui 2 ☐ non		b. si consommation, Injection de drogues en prison : 1 ☐ oui 2 ☐ non	
c. si Injection, Partage de seringues avec une autre personne ? 1 ☐ oui 2 ☐ non			

20. Séjour (s) à l'étranger :		1 ☐ oui 2 ☐ non	
a. Si oui, consommation de drogues durant le(s) séjour(s) :		1 ☐ oui 2 ☐ non	
b. Si oui, quel produit ? (Plusieurs réponses possibles) :		1 ☐ Héroïne 2 ☐ Cocaïne/Crack 3 ☐ médicaments 4 ☐ Autre : _____	
c. si consommation, Injection de drogues lors de séjour(s) :		1 ☐ oui 2 ☐ non	
21. Soins pour des problèmes d'addiction : 1 ☐ Oui 2 ☐ Non			
a. Si oui, Combien de fois ? nombre : __ __ __			
b. si oui, pour quel produit ? (Plusieurs réponses possibles)			
1 ☐ Héroïne 2 ☐ Cocaïne/Crack 3 ☐ Médicaments 4 ☐ Autre : _____			
c. si oui, Où ? (Plusieurs réponses possibles)			
1 ☐ A l'hôpital : 2 ☐ Au centre de santé 3 ☐ Autre : _____			

