

Médecins du Monde à Dar-es-Salaam : premiers pas de réduction des risques en Afrique de l'est

Céline Debaulieu / Coresponsable de mission

En 2010, Médecins du Monde-France ouvre le premier programme pour les usagers de drogues en Afrique de l'est. Après une mission exploratoire en février de cette même année, qui s'est déroulée à la fois à Zanzibar et sur le continent, à Dar-es-Salaam, et qui a révélé une consommation d'héroïne en forte augmentation. La mise en place d'un projet est apparue comme une priorité.

Depuis plusieurs années, la Tanzanie est l'un des pays où transite l'héroïne en provenance des pays d'Asie centrale. En devenant un lieu de passage, la consommation d'héroïne s'est développée à la fin des années 1990, souvent injectée. Si l'héroïne brune a tout d'abord été la forme retrouvée jusqu'au milieu des années 1990, par la suite et jusqu'à aujourd'hui, c'est sous la forme d'héroïne blanche qu'elle est vendue et consommée. On estime à 8 000 à 10 000 le nombre d'usagers par voie injectable. L'arrivée de Médecins du Monde (MdM) n'a pas été sans difficultés. Politiquement, la région est très influencée par une présence américaine forte, et cette dernière ne voyait pas d'un bon œil l'ouverture d'un programme dans la capitale.

Il est vrai que le positionnement des différentes agences gouvernementales américaines portait plutôt un message d'abstinence et promouvait le développement de structures proposant un sevrage à la dure ou une démarche de type « Narcotiques Anonymes ». De fait, les politiques tanzaniens étaient, eux aussi, façonnés selon ce modèle, et personne n'était très enclin à promouvoir un programme d'échange de seringues (PES).

Le programme s'est finalement établi dans l'un des trois districts, Temeke, le plus pauvre de Dar-es-Salaam, et dans lequel vivent environ 2 millions d'habi-

tant. Le programme inclut l'accès à des soins et services médicaux et sociaux en proposant un lieu d'accueil fixe (*drop-in center*), le travail de rue et un PES. Les traitements de substitution aux opiacés sont disponibles dans les hôpitaux.

Modes de consommation et usages

À Temeke, les consommations, surtout les injections, se font en grande majorité dans la rue. Les usagers, dans chaque quartier, se regroupent dans ce qu'ils appellent des « maskani »¹, auxquels ils donnent des noms – Sherif, Sheraton, Zakhem, Charambe, etc. Ces lieux servent à la fois à la vente et à la consommation, et permettent aux usagers de se retrouver ensemble et de s'entraider. Les « docteurs », d'anciens usagers ou des usagers toujours actifs, proposent leurs services pour injecter : ils sont réputés pour trouver des veines partout, sur tout le monde... Ils se font rémunérer en échange d'une partie du produit, ou en argent. Certains usagers organisent aussi leur lieu de vie pour qu'il devienne un espace de consommation.

Ainsi, un usager, qui fréquente depuis les débuts le projet de MdM, permet aux autres usagers de consommer chez lui et sert aussi de « docteur ». Il a permis beaucoup de contacts, a été un des premiers à se former aux risques liés à l'injection et il a mis à disposition du matériel stérile chez lui. Des usagers comme celui-ci, on en retrouve un ou deux dans chaque « maskani », ce sont les leaders

¹ Maskani : lieux de regroupements des usagers (coins de rue, maison d'un usager, lieu abandonné, etc.).

tants. Le programme inclut l'accès à des soins et services médicaux et sociaux en proposant

du lieu, une personne de confiance qui sert de référence. Les « maskani » sont fréquentés à la fois par les hommes (80 %), et les femmes (20 %). Les lieux pour injecter et ceux pour inhaler sont distincts. Les deux groupes de consommateurs se mélangent peu, et on retrouve beaucoup d'aversion de la part des non-injecteurs envers les injecteurs, qui sont rejetés, exclus et marginalisés, à la fois par la société et par leur famille.

En ce qui concerne l'inhalation, la méthode est de mélanger l'héroïne avec du tabac et de la marijuana dans une cigarette. C'est sous le nom de « cocktail » que la consommation est la plus largement répandue pour fumer de l'héroïne dans le district de Temeke.

L'héroïne est calibrée dans des petits sachets, appelés « kete », un sachet est vendu 1 000 shillings tanzaniens (environ 0,50 euros). Pour obtenir 1 g d'héroïne, il faut 36 sachets. La manière de consommer est semblable pour tous : l'héroïne est mélangée avec de l'eau dans un coin de sachet en plastique, ou bien le mélange peut se faire directement dans la seringue. Puis les usagers secouent rapidement et injectent. L'utilisation de garrots est très répandue (lacets de chaussures). Ils injectent en majorité dans les bras et les jambes, plus rarement dans l'aîne, voire dans le cou.

Les conditions d'hygiène étant désastreuses, l'accès à l'eau difficile, il est très courant de ne pas se laver les mains avant une injection. Les premières mesures de RdR mises en place ont donc été de promouvoir l'utilisation de tampons alcoolisés avant d'injecter, à la fois pour se laver les mains et pour nettoyer le point d'injection. Comme ils utilisent généralement leurs doigts pour arrêter le saignement après avoir injecté, il a fallu montrer l'intérêt des tampons secs pour réaliser une hémostase correcte. Leurs veines étant très abimées – l'habitude étant de garder l'aiguille un certain temps dans le point d'injection –, il a fallu échanger avec eux sur leurs croyances, afin de les aider à protéger leur capital veineux.

Quant aux populaires « docteurs », leurs connaissances du corps est très parcellaire, et relève plus de la croyance que de la science. Ils ont bénéficié en premier de formations plus appuyées sur les pratiques moins à risque concernant l'injection, et ils se sont montrés tout à fait enclins à apprendre, car ils avaient tout à y gagner en termes de notoriété.

Le projet : travailler avec les usagers et limiter les risques

Le travail préliminaire a été facilité par deux associations locales, Tayohag et Poverty fighters, qui avaient à leur disposition deux petits espaces et qui mettaient en place de manière bénévole des actions auprès des usagers de

drogues, à la fois dans un objectif de sevrage et de prévention. Ces deux associations, connaissant très bien les lieux de consommation et les usagers, nous ont permis d'avoir un contact immédiat pour échanger avec les usagers, d'observer leurs pratiques de consommation et ainsi d'affiner l'implantation du programme.

En 2010, une fois l'équipe recrutée par la coordinatrice Sandrine Pont, une période de prospection d'un mois a permis d'identifier les espaces de consommation, le nombre d'usagers sur ces sites (que ce soit des fumeurs ou des injecteurs). Ensuite, nous avons décliné le projet en deux axes : un travail de terrain mené avec une unité mobile permettant de rejoindre des sites parfois très éloignés, et ainsi proposer l'échange de seringues sur les lieux de consommation, et un accueil au sein du lieu fixe, qui, lui, proposerait en plus de l'échange de seringues des tests de dépistage rapide VIH, hépatites et syphilis, ainsi que la possibilité de faire une pause, de prendre une douche, etc. Des séances d'injection à moindre risque ont été organisées dès le début de l'année, afin de travailler avec les usagers sur leurs pratiques et de limiter les risques pris lors de leurs consommations. Lors des séances organisées chaque semaine, un ou plusieurs usagers montraient leur rituel de consommation, un échange s'ensuivait sur ce que les autres faisaient ou non de manière similaire et comment adapter ces pratiques pour les rendre moins à risque. Ensuite, nous avons adapté le film « 17'10 », pour une injection à moindre risque en le traduisant en kiswahili, la langue du pays, une personne lisait cette version pendant que le film était projeté. Cette méthode a favorisé les échanges et a aidé à visualiser des meilleures pratiques, tout en les adaptant aux conditions de consommation.

Le PES a démarré en janvier 2011 sur le terrain, de manière tout à fait discrète avec l'accord du psychiatre en charge de la santé mentale au sein du ministère de la Santé, le Dr Joseph Mbatia, qui a été un soutien précieux. Il s'est tout de suite saisi du dispositif et a réalisé que le projet apporterait un réel changement, à la fois pour les usagers et dans les pratiques professionnelles.

En parallèle, un travail d'information a été mené auprès des chefs de police dans les commissariats de quartier, qui ont été rencontrés successivement afin d'expliquer notre travail et nos objectifs.

Dès le mois de février 2011, les premières formations auprès des soignants, médecins et infirmiers de l'hôpital public voisin, ont débuté, et ont permis de mettre en place les premières collaborations. Un des premiers constats a été de mettre en lumière l'état de santé très dégradé des usagers, qui ne trouvaient pas d'écho auprès des services hospitaliers publics. Il est vrai que



Comportements à risque résultats de l'étude de MdM en 2011

Sur 430 usagers, 83 % sont des hommes, 17 % des femmes et l'âge médian est de 30 ans, 65 % des hommes et 49 % des femmes sont des injecteurs. Cette étude met en avant des taux de prévalence à VIH et VHC très élevés et des comportements à risque liés à l'échange de seringues et/ou à la réutilisation du matériel d'injection comme à une faible utilisation du préservatif et à un recours important à des rapports sexuels tarifés, en particulier chez les femmes.

Parmi les injecteurs, 30 % des hommes et 67 % des femmes ont été dépistés VIH+ et 28 % des hommes comme des femmes sont porteurs du virus de l'hépatite C ; 15 % des hommes et 28 % des femmes sont co-infectés (VIH/VHC).

Parmi les non-injecteurs, 3 % des hommes et 41 % des femmes ont été dépistés VIH+ et 8 % des femmes VHC+ (aucun homme non injecteur n'est porteur du VHC). Par

comparaison, les estimations nationales dans la population générale pour le VIH sont de 5 % pour les hommes et de 7 % pour les femmes.

Parmi toutes les personnes interrogées, 32 % des hommes et 52 % des femmes déclarent des rapports sexuels tarifés dans les 12 derniers mois et 40 % des hommes et 27 % des femmes des partenaires sexuels occasionnels.

Parmi les injecteurs, 77 % ont déclaré avoir réutilisé leur propre seringue le mois passé, 23 % avoir utilisé une seringue cachée (pour éviter d'être arrêté, beaucoup d'usagers ne gardent pas leurs seringues sur eux et les « cachent », mais souvent dans la rue, ils ne sont jamais sûrs de récupérer « leur » seringue ni que personne ne l'ait utilisée entre temps). Enfin, 18 % des hommes et 8 % des femmes se sont injectés avec une seringue utilisée par une autre personne avant eux.



Espace de consommation où les « docteurs », proposent leur savoir-faire. © David Seban

leurs croyances les portaient plus à aller vers les médecins traditionnels que vers la médecine occidentale. Les maladies sont souvent associées à une malédiction, ou à un sort porté sur eux par un proche dont il faut être désenvoûté. Néanmoins, devant l'urgence de certaines situations, il a fallu établir rapidement une collaboration avec les services de soins, à la fois publics et privés. Ces collaborations ont ainsi favorisé la prise en charge d'usagers pour accéder aux antirétroviraux (ARV), ou à des traitements antibiotiques pour soigner des abcès. Enfin, nous avons mené un travail pédagogique auprès des autorités locales du district afin de permettre à nos actions d'être comprises et surtout de faire de nos interlocuteurs des alliés.

Des moments d'échanges réservés aux femmes

Une attention particulière a été portée aux consommatrices d'héroïne dès la mise en place du projet. En effet, plusieurs études^{2,3} réalisées dans les années 2000 avaient mis en lumière des pratiques particulièrement à risque pour les femmes. Elles avaient à l'époque l'habitude de consommer entre elles et de réaliser des injections en prenant du sang à une femme qui venait juste de s'injecter : c'est la pratique du *flashblood*. Ainsi, lorsqu'une femme n'avait pas suffisamment de ressources pour s'acheter de l'héroïne, une autre du groupe préparait une seringue remplie de sang juste après sa propre consommation, et cette seringue était utilisée par la femme en manque à ce moment-là. Ces pratiques expliquaient notamment le taux de contamination par le VIH très élevé chez les femmes. De plus, cela montrait le fonctionnement très spécifique des femmes, qui se soutenaient et étaient solidaires.

Au début du travail de prospection dans les différents quartiers de Dar-es-Salaam, ces pratiques n'avaient plus cours, même si les usagères restaient plus cachées et parfois difficiles à approcher. En effet, elles continuent à assurer la gestion du quotidien quelles que soient leurs pratiques (préparation des repas, garde des enfants, etc.), et beaucoup couplent leur usage de drogues avec le travail du sexe. Les femmes sont donc peu disponibles en journée et se reposent le matin. Le *drop-in center* a donc adapté ses horaires afin de leur proposer un accueil spécifique une fois par semaine en fin de journée. Les hommes ont seulement accès à la distribution de matériel, les activités, réservées aux femmes, ont pris, au fil du temps, différentes formes. Elles ont tout d'abord commencé par des moments de détente avec des

soins du corps. Ces moments d'échanges ont permis aux femmes d'exprimer le besoin de retrouver ces moments leur permettant de s'extraire du monde de la rue et de la pression masculine qu'elles subissaient au quotidien. Elles ont aussi très vite affirmé leur volonté de se prendre en charge et de mettre en place des activités génératrices de revenus. Certaines ont utilisé le centre pour créer des tissus, revendus ensuite sur les marchés. Cela a permis d'ouvrir, en 2013, un département spécialement dédié aux activités génératrices de revenus, avec l'embauche d'une coordinatrice.

L'arrivée de MdM a permis de développer un programme qui répond aux besoins des usagers, et de sortir de la seule proposition de l'abstinence, qui prévalait jusqu'en 2010. Aujourd'hui, le programme est reconnu mais aussi demandé pour son expertise, à la fois par les partenaires tanzaniens et par d'autres pays d'Afrique de l'est.

Ainsi, le dernier plan tanzanien de prévention du VIH réalisé en 2014, auquel MdM a été associé, reprend les fondements de la RdR pour que cette dernière soit associée aux programmes de prévention.

Par ailleurs, le projet est soutenu depuis 2011 par les autorités locales qui ont mis à disposition du personnel soignant intégré depuis à l'équipe de MdM.

En juin 2011, une étude a été menée au sein du lieu fixe⁴ pour recueillir des données précises au regard des contaminations VIH et hépatites parmi un échantillon d'usagers, à la fois injecteurs et fumeurs (cf. les résultats dans l'encadré).

La RdR était totalement méconnue à notre arrivée en Tanzanie; quatre ans plus tard, un travail important, pédagogique et précis, a permis de faire du programme de MdM un modèle à suivre et à modéliser. Les fondements même de la RdR, s'ils ne sont pas encore appliqués par tous, sont mieux compris et acceptés. Des liens avec le programme ouvert l'année dernière au Kenya à Nairobi sont créés, et on peut donc imaginer que la RdR en Afrique de l'est va pouvoir se développer et permettre à de nouveaux projets d'émerger dans les pays voisins.

Le développement du centre de ressources et de formation, qui s'appuie sur l'expérience pratique des actions de MdM (travail de terrain et lieu d'accueil fixe) va permettre à d'autres programmes de s'ouvrir dans tout le pays, puis dans d'autres pays africains. Il s'agit de proposer de nouveaux modèles d'intervention, notamment sur un continent très exposé face à l'épidémie de VIH, pour laquelle il est nécessaire de sortir des approches de prévention globale pour proposer des actions en direction de populations cibles.

² McCurdy SA, Ross MW, Williams ML, Kilonzo GP, Leshabari MT. Flashblood: blood sharing among female injecting drug users in Tanzania. *Addiction* 2010;105:1062-70.

³ Ross MW, McCurdy SA, Kilonzo GP, Williams ML, Leshabari MT. Drug use careers and blood borne pathogen risk behavior in male and female Tanzanian heroin injectors. *Am J Trop Med Hyg* 2008;79:338-43.

⁴ Bowring A, Van Gemert C, Toujik A, Dietze P, Stooze M. Assessment of risk practices and infectious disease among drug users in Temeke District, Dar es Salaam, Tanzania: Prepared for Médecins du Monde-France. Melbourne: Centre for Population Health, Burnet Institute. 2011.