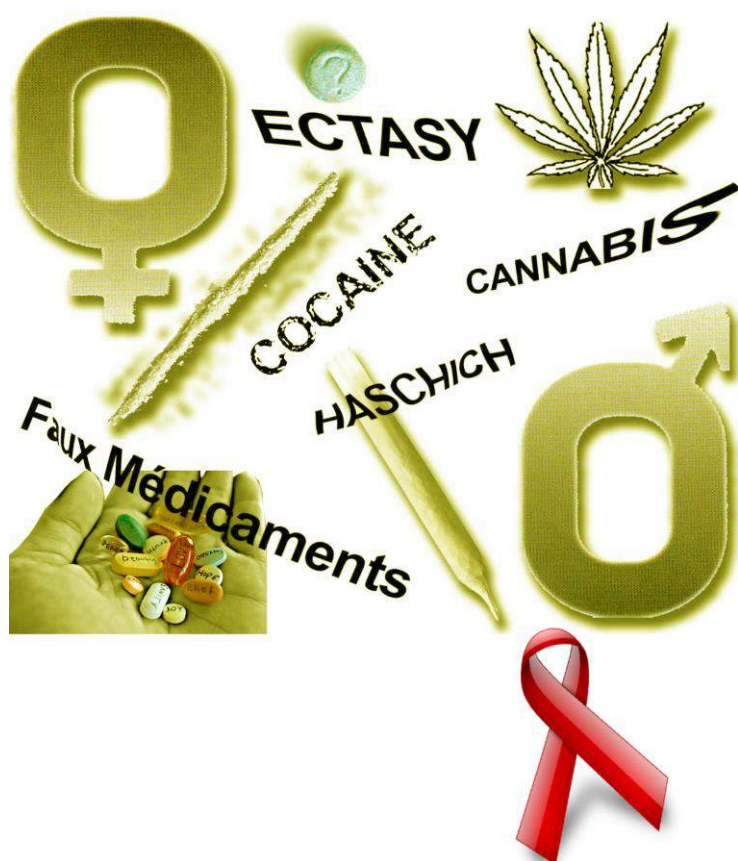


Projet « ETUDES »

*Etude sur les Toxicomanies,
les Usages de Drogues
Et le VIH/Sida
au Burkina Faso*



Rapport d'analyse situationnelle

Juillet 2011

Association KASABATI

&

OPEN SOCIETY INSTITUTE



Equipe de recherche et auteurs du rapport : Augustin SANKARA, Vincent BASTIEN, Gombila René Hugues SANKARA, Galiem Fernand SOUBEIGA, Jeanne BENAÛ, Adama KOMPAORE, Jean-Marie PODA, Idrissa KAFANDO, Pauline ZORMA.

Remerciements :

- Dr Nicolas MEDA, Dr Isidore TRAORE, Djénéba OUEDRAOGO, Dr HEMA, Safiatou TRAORE, Harryssa DIABATE, Sadia DAHOUROU et Béatrice AOUE (Projet Vaccin VIH, ANRS-Burkina, Ouagadougou) pour leur précieuse collaboration en milieu prostitutionnel ;
- Moussa SAMBASSEKOU et Cécile DIPAMA (Coordination de la Santé Pénitentiaire, Ouagadougou) pour leur appui technique en milieu carcéral ;
- Patrice SANON, juriste membre du Groupe de Travail Interassociatif sur l’Ethique (GTIE), pour l’analyse du cadre juridique qu’il a réalisé pour nous ;
- Jean-Aimé BAYILI (Génération 2000, Ouagadougou) pour son indispensable connaissance du milieu artistique burkinabè ;
- Les structures membres du Groupe de Travail Interassociatif sur l’Ethique (GTIE) pour leur réflexion permanente sur les enjeux éthiques de la recherche et de l’accès aux soins ;
- Laura MARTELLI (Programmes internationaux de Sidaction, Paris) et Alexander TSEKANOVITCH (Humanitarian Action, Saint-Pétersbourg) pour leurs conseils méthodologiques et leur expertise technique.



Ci-dessus, de gauche à droite : Dr Hema, Djénéba Ouedraogo, Safiatou Traore (Projet Vaccin VIH / ANRS-BF), Moussa SAMBASSEKOU (Coordination de la Santé Pénitentiaire) et Jean-Aimé BAYILI (Génération 2000).



Ci-dessus, de gauche à droite : Augustin SANKARA, Gombila René Hugues SANKARA, Vincent BASTIEN (KASABATI) et Jeanne BEANO (La Vie Continue / Groupe de Travail Interassociatif sur l’Ethique).

© Association KASABATI 2011.

Tous droits de reproduction réservés. Cette publication peut être librement commentée, citée, reproduite ou traduite, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Les opinions exprimées dans le document par les auteurs cités n’engagent que lesdits auteurs.

Abréviations et acronymes

ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le VIH/Sida et les hépatites virales
APA	Association Pénitentiaire Africaine
ARV	Anti Retro Viraux
BPC	Bonnes Pratiques Cliniques
CERS	Comité d’Ethique pour la Recherche en Santé / Ministère de la Santé
CNLD	Comité National de Lutte contre les Drogues
CNLS/IST	Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST
CSP	Coordination de la Santé Pénitentiaire
DGAP	Direction Générale des Affaires Pénitentiaires / Ministère de la Justice
GSP	Garde de Sécurité Pénitentiaire
IEC/CCC	Information – Education – Communication / Communication pour le Changement de Comportement
GTIE	Groupe de Travail Interassociatif sur l’Ethique
IRSS	Institut de Recherches en Sciences de la Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MACO	Maison d’Arrêt et de Correction de Ouagadougou
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU DC	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
OSI/GDPP	Open Society Institute / Global Drug Policy program
PAMAC	Programme d’Appui au Monde Associatif et Communautaire
PvVIH	Personnes vivant avec le VIH/Sida
RDR	Réduction Des Risques
RDS	Respondant Driven Samplin
TS	Travailleur(se) du Sexe
UD	Usager de Drogues
VIH/Sida	Virus de l’Immunodéficience Humaine / Syndrome de l’Immuno Déficience Acquis

Avertissement :

Dans le cadre du présent rapport, nous avons choisi d’adopter les abréviations suivantes pour désigner chacun des populations-cibles auprès desquels nous avons enquêtés :

– Artistes	AR
– Détenus	DE
– Personnes vivant avec le VIH	PV
– Travailleuses du sexe	TS
– Usagers de drogues en population générale	UD

Si nous avons décidé d’utiliser l’expression « Usagers de drogues en population générale » tout au long de ce rapport, c’est simplement pour distinguer les usagers de drogues n’appartenant à aucune des autres populations-cibles du projet. Ce choix ne signifie donc pas que nous considérons les artistes, les détenus, les PvVIH et les travailleuses du sexe comme n’appartenant pas à la population générale ; ce choix correspond seulement à un souci de lisibilité de notre rapport.

1^{ère} partie. Contexte, objectifs & méthodologie

1. Présentation générale du projet ETUDES	10
A. Informations générales sur le projet	10
B. Contacts	10
C. Résumé du projet	10
2. Expérience de Kasabati et des partenaires impliqués	11
A. Brève présentation de KASABATI	11
B. Brève présentation des partenaires du projet ETUDES	11
3. Définition de l'objet de recherche	12
A. Drogues et psychotropes	12
B. Toxicomanies et usages de drogues	13
4. Objectifs et résultats attendus du projet	15
A. Objectifs	15
B. Résultats attendus	15
5. Situation actuelle dans le contexte africain et références bibliographiques	16
6. Cadre théorique, problématique et hypothèses de travail	18
7. Exposé détaillé du projet et méthodologie	20
A. Constitution de l'équipe de recherche	20
B. Revue documentaire et analyse du cadre juridique et des documents collectés	20
C. Conception et pré-test des outils de collecte	21
D. Collecte des données	21
E. Saisie, classification et analyse des données	23
F. Restitution des résultats	23
G. Durée du projet et chronogramme d'exécution	23
H. Suivi, diffusion et publication des résultats	24
I. Considérations éthiques	24
J. Difficultés rencontrées et limites de l'étude	25

2^{ème} partie. Analyse du cadre juridique au Burkina Faso

1. Contexte de l'analyse	28
2. Du cadre juridique et institutionnel des stupéfiants au Burkina Faso	28
A. Du dispositif institutionnel	28
B. Du dispositif juridique	29
C. De la teneur du dispositif juridique	29
3. Des insuffisances du dispositif juridique et institutionnel en lien avec le VIH	31
D. Non prise en compte des procédures d'accès aux soins par les toxicomanes	31
E. Impact juridique sur les mesures de prévention et de prise en charge du VIH	31

3^{ème} partie. Résultats des enquêtes et analyse situationnelle

1. Données sociodémographiques	34
A. Âge et sexe des personnes enquêtées	34
B. Situation professionnelle des personnes enquêtées	34
C. Situation professionnelle des parents	35
A. Situation matrimoniale des personnes enquêtées	36
B. Mode de logement des personnes enquêtées	36
2. Parcours personnel avec le tabac, l'alcool et les drogues	38
A. Consommation de tabac	38
B. Consommation d'alcool	38
C. Types de produits consommés	40
D. Mode d'utilisation des produits	47
E. Usage social des drogues ?	49
F. Réduire ou arrêter sa consommation ?	50
3. Problèmes psycho-socioéconomiques liés à la consommation de drogues	53
A. Types de problèmes ou de difficultés vécus par les usagers de drogues	53
B. Drogues et dépenses financières	56
C. Relations avec l'entourage	58
D. Relations avec les forces de l'ordre	60
E. Relation avec les autres usagers de drogues	63
4. Sexualité, prévention et dépistage des IST/VIH/Sida	65
A. Fréquence et types de rapports sexuels	65
B. Recours aux moyens de prévention des IST/VIH/Sida	67
C. Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)	69
D. Dépistage du VIH/Sida	71
5. Etat de santé général et accès aux soins	74
A. Etat de santé général et prise de médicaments	74
B. Recours général aux services de santé	77
C. Information et soutien psychosocial pour les usagers de drogues infectés par le VIH	80
D. Suivi médical des usagers de drogues infectés par le VIH	82

4^{ème} partie. Synthèse et Recommandations

1. Synthèse de l'analyse des résultats	88
2. Recommandations	90
A. Recommandations liées au cadre juridique	90
B. Recommandations liées à la prévention de la toxicomanie et des usages de drogues	90
C. Recommandations liées à la prise en charge de la toxicomanie et des usages de drogues	90
D. Recommandations liées à la prise en charge des usages de drogues infectés par le VIH	91
Annexes	93

Table des illustrations

Liste des tableaux

Tableau 1 : Critères de sélection et critères d'exclusion des participants	23
Tableau 2 : Moyenne d'âge des personnes enquêtées	34
Tableau 3 : Situation professionnelle des personnes enquêtées	34
Tableau 4 : Situation professionnelle des parents des personnes enquêtées.....	35
Tableau 5 : Situation matrimoniale des personnes enquêtées.....	36
Tableau 6 : Consommation de tabac au cours de la vie des personnes enquêtées.....	38
Tableau 7 : Âge moyen de la première cigarette chez les personnes enquêtées	38
Tableau 8 : Consommation d'alcool au cours de la vie des personnes enquêtées	39
Tableau 9 : Fréquence de l'ivresse au cours des 12 derniers mois chez les personnes enquêtées	39
Tableau 10 : Type de produits consommés au cours de leur vie par les personnes enquêtées	40
Tableau 11 : Pourcentage d'héroïnomanes chez les personnes enquêtées et par population-cible	43
Tableau 12 : Termes utilisés par les personnes enquêtées pour désigner les différentes drogues	44
Tableau 13 : Types de produits consommés actuellement par les personnes enquêtées	46
Tableau 14 : Mode d'utilisation des produits consommés chez les personnes enquêtées.....	47
Tableau 15 : Consommation quotidienne de drogues par injection.....	48
Tableau 16 : Mode social de consommation chez les personnes enquêtées.....	49
Tableau 17 : Fréquence des conseils reçus pour réduire ou arrêter sa consommation de drogues chez les personnes enquêtées.....	50
Tableau 18 : Fréquence des tentatives de réduction/arrêt de la consommation de drogues chez les personnes enquêtées	50
Tableau 19 : Proportion de personnes n'ayant jamais essayé de réduire/ arrêter sa consommation de drogues	51
Tableau 20 : Prix des produits consommés au Burkina Faso selon les personnes enquêtées	56
Tableau 21 : Provenance de l'argent utilisé par les personnes enquêtées pour l'achat de drogue	58
Tableau 22 : Fréquence des changements de comportements de l'entourage des personnes enquêtées	59
Tableau 23 : Fréquence des rapports sexuels contre de l'argent ou un don matériel.....	66
Tableau 24 : Utilisation des méthodes de prévention des IST/VIH/Sida chez les personnes enquêtées	67
Tableau 25 : Recours au dépistage du VIH/Sida selon les populations-cibles enquêtées	71
Tableau 26 : Raisons évoquées par les personnes enquêtées n'ayant jamais été dépistées	72
Tableau 27 : Lieux de dépistage fréquentés par les personnes enquêtées.....	72
Tableau 28 : Perception de leur état de santé général par les personnes enquêtées	74
Tableau 29 : Fréquence des problèmes psychologiques rencontrés par les personnes enquêtées	75
Tableau 30 : Fréquence des hospitalisation au cours des 12 derniers mois	79
Tableau 31 : Fréquence des consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois.....	79
Tableau 32 : Fréquence des consultations associatives au cours des 12 derniers mois	79
Tableau 33 : Prise de traitements médicaux par les personnes enquêtées infectées par le VIH.....	83
Tableau 34 : Fréquence des difficultés rencontrées dans leur suivi médical par les personnes enquêtées infectées par le VIH.....	84
Tableau 35 : Fréquences des effets secondaires liées à la prise des ARV chez les personnes enquêtées infectées par le VIH.....	85

Liste des graphiques

Figure 1 : Répartition des entretiens individuels par population-cible	22
Figure 2 : Répartition des enquêtés selon le sexe	34
Figure 3 : Situation professionnelle des parents des personnes enquêtées	35
Figure 4 : Situation matrimoniale des personnes enquêtées selon les populations-cibles	36
Figure 5 : Mode de logement des personnes enquêtées	36
Figure 6 : Consommation quotidienne de tabac chez les personnes enquêtées	38
Figure 7 : Consommation mensuelle de tabac chez les personnes enquêtées	39
Figure 8 : Fréquence de l'ivresse au cours des 12 derniers mois chez les personnes enquêtées	40
Figure 9 : Type de produits consommés au cours de leur vie par les Personnes vivant avec le VIH.....	41
Figure 10 : Type de produits consommés au cours de leur vie par les travailleuses du sexe	41
Figure 11 : Type de produits consommés au cours de leur vie par les usagers de drogue en population générale	41
Figure 12 : Type de produits consommés au cours de leur vie par les artistes.....	42
Figure 13 : Type de produits consommés au cours de leur vie par les détenus de la MACO.....	42
Figure 14 : Nombre de personnes enquêtées par type de produits consommés.....	45
Figure 15 : Fréquence des polytoxicomanies chez les personnes enquêtées.....	48
Figure 16 : Mode social de consommation chez les personnes enquêtées.....	49
Figure 17 : Fréquence des conseils reçus pour réduire ou arrêter sa consommation de drogues chez les personnes enquêtées	50
Figure 18 : Fréquence des tentatives de réduction/arrêt de la consommation de drogues chez les personnes enquêtées	51
Figure 19 : Proportion de personnes enquêtées ayant rencontré des problèmes liés à la drogue.....	53
Figure 20 : Type de problèmes rencontrés par les personnes enquêtées	54
Figure 21 : Fréquence des problèmes de santé chez les personnes enquêtées	55
Figure 22 : Fréquence des problèmes sociaux chez les personnes enquêtées	55
Figure 23 : Fréquence des problèmes familiaux chez les personnes enquêtées	56
Figure 24 : Dépenses mensuelles pour l'achat de drogue chez les personnes enquêtées	57
Figure 25 : Information de l'entourage chez les personnes enquêtées	58
Figure 26 : Fréquence des changements de comportements de l'entourage des personnes enquêtées	60
Figure 27 : Proportion de personnes enquêtées ayant eu des problèmes avec les services de police	62
Figure 28 : Fréquence des rapports sexuels chez les personnes enquêtées	65
Figure 29 : Fréquence des rapports sexuels contre de l'argent chez les personnes enquêtées.....	66
Figure 30 : Fréquence des rapports sexuels contre un don matériel chez les personnes enquêtées.....	66
Figure 31 : Raisons évoquées du non-recours aux moyens de prévention par les personnes enquêtées.....	67
Figure 32 : Les 4 raisons les plus fréquemment évoquées par les PvVIH et les Travailleuses du sexe pour ne pas se protéger des IST/VIH/Sida	68
Figure 33 : Les 4 raisons les plus fréquemment évoquées par les usagers de drogues en population générale et les artistes pour ne pas se protéger des IST/VIH/Sida.....	69
Figure 34 : Les 4 raisons les plus fréquemment évoquées par les détenus de la MACO pour ne pas se protéger des IST/VIH/Sida	69
Figure 35 : Fréquence des IST selon les populations-cibles enquêtées	70
Figure 36 : Recours thérapeutiques des personnes enquêtées en cas d'IST.....	70
Figure 37 : Recours au dépistage du VIH/Sida chez les personnes enquêtées	71
Figure 38 : Lieux de dépistage fréquentés par les personnes enquêtées	72
Figure 39 : Statut sérologique des personnes enquêtées	73

<i>Figure 40 : Perception de leur état de santé général par les personnes enquêtées</i>	<i>74</i>
<i>Figure 41 : Fréquence des problèmes de sommeil et de la dépression chez les personnes enquêtées</i>	<i>75</i>
<i>Figure 42 : Fréquence des idées suicidaires chez les personnes enquêtées.....</i>	<i>75</i>
<i>Figure 43 : Raisons des recours médicamenteux face à ces situations par les personnes enquêtées</i>	<i>76</i>
<i>Figure 44 : Proportion des personnes enquêtées n'ayant jamais eu recours aux médicaments face à ces situations</i>	<i>76</i>
<i>Figure 45 : Personnes ayant décidé de ces recours médicamenteux face à ces situations</i>	<i>77</i>
<i>Figure 46 : Consultations médicales des personnes enquêtées au cours des 12 derniers mois</i>	<i>78</i>
<i>Figure 47 : Prises de médicaments sur prescription médicale au cours des 6 derniers mois</i>	<i>78</i>
<i>Figure 48 : Sources de conseils et d'information pour les personnes enquêtées infectées par le VIH</i>	<i>80</i>
<i>Figure 49 : Sources de soutien moral et psychologique pour les personnes enquêtées infectées par le VIH..</i>	<i>81</i>
<i>Figure 50 : Sources de soutien médical pour les personnes enquêtées infectées par le VIH.....</i>	<i>82</i>
<i>Figure 51 : Prise de traitements médicaux par les personnes enquêtées infectées par le VIH.....</i>	<i>83</i>
<i>Figure 52 : Difficultés rencontrées dans leur suivi médical par les personnes enquêtées infectées par le VIH</i>	<i>84</i>
<i>Figure 53 : Perception du lien entre les difficultés rencontrées dans le suivi médical et la consommation de drogues</i>	<i>84</i>
<i>Figure 54 : Effets secondaires liées à la prise des ARV chez les personnes enquêtées infectées par le VIH</i>	<i>85</i>

1ère Partie

Projet ETUDES :

Contexte, Objectifs & Méthodologie



1. Présentation générale du projet ETUDES

A. Informations générales sur le projet

Titre du projet	« ETUDES : Etude sur les Toxicomanies, les Usages de Drogues Et le VIH/Sida au Burkina Faso »
Période d'exécution	1 ^{er} avril 2011 au 1 ^{er} juillet 2011
Montant du financement	31.119 US\$
Partenaire financier	OPEN SOCIETY INSTITUTE (OSI) - Global Drug Policy program (GDPp), KASABATI
Présentation d'OSI	Le Global Drug Policy programme (GDPp) vise à déplacer le paradigme de l'approche punitive actuelle de la politique antidrogue internationale, vers une approche enracinée dans les nécessités de la santé publique et des droits de l'Homme. Le GDPp s'efforce d'élargir, de diversifier et de consolider le réseau des organisations partageant cette vision mais qui sont confrontées à l'état actuel de la politique antidrogue internationale.

B. Contacts

Responsable de la mise en œuvre du projet	Association KASABATI
Adresse postale	04 BP 8668 Ouagadougou O4 / Burkina Faso
Téléphone	(+226) 50 35 25 27 / (+226) 50 50 28 43
Fax	(+226) 50 35 25 27
Email	associationkasabati@yahoo.fr
Site web	www.kasabati.org
Personne contact responsable du projet	BASTIEN Vincent Coordinateur du projet ETHIKasabati bastienvincent@yahoo.fr (+226) 76 33 78 68
Responsable de l'association	SANKARA Augustin Président de KASABATI augustinsankara@hotmail.com (+226) 70 25 71 56

C. Résumé du projet

Le projet « ETUDES » avait pour objectif de réaliser une analyse situationnelle, afin de mieux comprendre les mécanismes de circulation et de consommation des drogues dans la ville de Ouagadougou, d'évaluer leurs impacts parmi les Personnes vivant avec le VIH/Sida et la population générale, et de proposer des stratégies pertinentes de réduction des risques intégrées dans le dispositif global de lutte contre le VIH/Sida.

Pour cela, le projet prévoyait de mener des enquêtes auprès de cinq (5) populations-cibles différentes : les personnes vivant avec le VIH, les travailleuses du sexe, le milieu artistique, les prisonniers et enfin les usagers de drogues.

2. Expérience de Kasabati et des partenaires impliqués

A. Brève présentation de KASABATI

Historique de l'association. KASABATI est née en 2001 à l'initiative de personnes vivant avec le VIH (PvVIH), menant depuis de nombreuses années des activités de lutte contre le Sida au sein du milieu associatif, et ayant une solide expérience de terrain sur le plan de la conception, de l'élaboration, de la gestion, de l'administration, du suivi et de l'évaluation de programmes d'activités. Sa mission est de faciliter l'émergence de nouvelles initiatives communautaires et de renforcer les liens de confiance entre les associations et l'ensemble des partenaires techniques et financiers en servant de cadre de collaboration interface entre les différents acteurs de la lutte contre le VIH/Sida et les pathologies associées au Burkina Faso.

Liens entre le projet et les objectifs et programmes de la structure. Cette expertise technique et surtout cette connaissance du contexte local de la lutte contre le Sida ont donc logiquement amené l'association à se préoccuper de la situation des Droits Humains au Burkina Faso. Lorsque Kasabati a commencé à travailler sur les questions éthiques posées par la recherche et par l'accès aux soins des PvVIH, le travail de réflexion et de concertation était encore embryonnaire au Burkina Faso. Pour pallier cette situation et favoriser une véritable maîtrise des enjeux de l'éthique des soins et de la recherche par le monde communautaire, il s'agissait donc de mobiliser les leaders associatifs afin de dresser un état des lieux précis de l'implication des associations dans la recherche. Depuis la mise en place d'un Groupe de Travail Interassociatif sur l'Éthique (GTIE) en 2008, qui regroupe 25 structures, l'objectif du programme « ETHIKasabati » est de contribuer au respect des droits de Personnes vivant avec le VIH/Sida, à travers la promotion de l'éthique dans le cadre de la recherche et de l'accès aux soins.

Expérience de Kasabati dans ce type d'étude. Kasabati est donc régulièrement sollicitée par ses partenaires pour l'évaluation de leurs programmes d'intervention (ex: "Treatment Accelerated Program" au Burkina Faso – Banque Mondiale / "Appui à la réponse communautaire dans la lutte contre le sida en situation de post-crise" en Côte d'Ivoire – Union Européenne), pour coordonner leurs programmes internes de lutte contre le VIH/Sida (différents ministères, sociétés privées...), ou pour former leurs personnels (ONG, organisations à base communautaire, coordinateurs de programme, réseaux de pairs-éducateurs, etc.). Composée en particulier de consultants et de sociologues expérimentés, notre équipe travaille donc régulièrement avec des chercheurs en sciences sociales, et a publié de nombreux articles et rapports d'études sur divers thèmes. Enfin, grâce à ces différents programmes, Kasabati est en lien étroit avec les populations-cibles de ce projet.

B. Brève présentation des partenaires du projet ETUDES

Le Groupe de Travail Interassociatif sur l'Éthique. Afin d'enquêter auprès des personnes vivant avec le VIH, nous avons collaboré avec les associations de prise en charge qui sont membres du Groupe de Travail Interassociatif sur l'Éthique (GTIE).

Ce groupe que Kasabati a créé en 2008, regroupe actuellement dix-neuf (19) associations et six (6) réseaux associatifs, et mène des activités d'information, de sensibilisation, de formation et de plaidoyer sur les questions éthiques de la recherche et des soins. Il se réunit chaque mois pour organiser ces activités, mais également pour accueillir des chercheurs venus présenter leurs projets ou restituer les résultats de leurs travaux, ou pour débattre de thématiques diverses (nouvelles techniques de prévention, droits des participants à la recherche, gestion de la confidentialité par les équipes soignantes, etc.). La file active globale des PvVIH des associations membres du GTIE s'élève aux environs de 50.000 personnes, et Kasabati a déjà conduit de nombreuses enquêtes dans ce milieu¹.

¹ Les activités du GTIE sont relayées par le blog de Kasabati : <http://ETHIKasabati.blog4ever.com>

Les équipes du site ANRS-Burkina ont également été partenaires du projet. En effet, Kasabati travaillait déjà depuis de nombreuses années avec l'ANRS², soit au titre de « laboratoire de recherche » auprès d'autres organismes et universités, soit dans le cadre du projet « ETHIKasabati ». Ce projet contribue à former les équipes de recherche sur les Bonnes Pratiques Cliniques (BPC), à former des témoins indépendants pour le recueil du consentement des participants.

Plus récemment, Kasabati a également formé les paires-éducatrices du projet de recherche « Vaccin VIH », recrutées parmi les travailleuses du sexe à Ouagadougou. A ce titre, ces paires-éducatrices sont chargées de la sensibilisation des travailleuses du sexe et du suivi de la cohorte ; c'est donc à travers elles que Kasabati a pu enquêter en milieu prostitutionnel. La cohorte du projet étant constituée de 340 jeunes filles de 18 à 25 ans, et les membres de Kasabati ayant déjà travaillé en milieu prostitutionnel dans le cadre de divers projets de dépistage ou de prise en charge, la réalisation d'entretiens auprès des travailleuses du sexe à Ouagadougou n'a pas présenté d'obstacles majeurs.

Initialement, il avait été envisagé de travailler avec l'Association Pénitentiaire Africaine (APA), qui œuvre à la défense des droits des prisonniers au Burkina Faso. Toutefois, pendant la phase préparatoire de ce projet et en particulier lors de la revue documentaire, une autre structure intervenant en milieu carcéral a été identifiée : la **Coordination de la Santé Pénitentiaire (CSP)**. Nous avons donc décidé de collaborer avec cette jeune structure, initiée et animée par une équipe de gardes de sécurité pénitentiaires (GSP) ayant la volonté d'améliorer l'accès aux soins des prisonniers et agissant au sein même de la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou (MACO). Ce partenariat entre Kasabati et la CSP a facilité l'obtention des autorisations administratives indispensables pour réaliser les entretiens individuels auprès des prisonniers détenus à la MACO, mais aussi de mieux appréhender la situation de l'épidémie de Sida et la circulation des drogues en milieu carcéral au Burkina Faso.

3. Définition de l'objet de recherche

A. Drogues et psychotropes

Une drogue est un composé chimique, biochimique ou naturel, capable d'altérer une ou plusieurs activités neuronales et/ou de perturber les communications neuronales. La consommation de drogues par l'homme afin de modifier ses fonctions physiologiques ou psychiques, ses réactions physiologiques et ses états de conscience n'est pas récente. Certaines drogues peuvent engendrer une dépendance physique ou psychologique. L'usage de celles-ci peut avoir pour conséquences des perturbations physiques ou mentales. Pour désigner les substances ayant un effet sur le système nerveux, on parle plus généralement de « psychotrope ». L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) propose la définition suivante pour le terme « drogues » : « Produit psychoactif naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage peut être légal ou non ».

L'usage du terme « drogue » peut prêter à confusion car il relève d'une sémantique multiple. La prise en compte de plusieurs paramètres permet de mieux cerner la notion de drogue. Pour Pierre-Arnaud CHOUVY, « la drogue est tout d'abord un produit d'origine animale, végétale ou synthétique, qui, introduit dans l'organisme par quelque moyen que ce soit, a sur celui-ci des effets biodynamiques, et qui peut, dans certains cas, créer une accoutumance plus ou moins grave »³.

La notion de drogue, en plus d'être caractérisée par des éléments biochimiques, est également caractérisée par la législation internationale sur les stupéfiants. La première convention internationale sur le sujet s'est tenue en 1909 à Shanghai et concernait surtout l'opium et ses dérivés. De nombreuses conférences

² Le site de l'ANRS est : www.anrs.fr

³ Pierre-Arnaud CHOUVY, *Des plantes magiques au développement économique*, p. 12-14

internationales se sont tenues (conventions internationales de 1961, 1971 et 1988), et ont permis de réguler la production, le commerce et la consommation des produits définis comme « stupéfiants ». Cependant, les contours du terme restent flous, puisque la nature de l'emploi d'une même substance peut déterminer son caractère licite ou illicite.

Le terme « drogue » recouvre donc plusieurs aspects : la nature des effets biologiques que la drogue induit d'une part, et d'autre part les rapports que celui qui la consomme entretient avec elle. Il faut qu'un composé chimique donné, voire une substance naturelle donnée, soit consommé pour qu'il puisse répondre à l'appellation de « drogue ». C'est le mode et la fréquence de consommation qui créent l'accoutumance ou la dépendance au produit. On peut donc penser que c'est le consommateur (à travers ses modes de consommation), plus que le produit qui détermine quelle substance sera, pour lui, une drogue. Un troisième élément permettant de définir une drogue, ce sont les normes imposées par une société donnée. Ces trois éléments permettent d'appréhender la drogue comme un phénomène de société.

Il est également important de souligner qu'un même produit peut occuper des places différentes dans des systèmes de valeurs et de modes de vie différents. En conséquence, le même produit peut devenir une panacée ou un fléau pour une société. Le cas de la coca permet d'illustrer ce propos : elle représente une menace pour les États-Unis, alors qu'elle symbolise l'identité culturelle bolivienne pour certaines populations sud-américaines. Cette différence d'approche d'un même produit est liée à la notion de tolérance socioculturelle, selon laquelle dans un pays où une substance est produite, un état d'équilibre relatif s'installe entre cette substance et les usagers où elle est intégrée dans un rituel social, mystique ou religieux. Ce rituel s'accompagne d'une tradition de l'usage du produit véhiculant des prescriptions d'utilisation, les quantités à utiliser, les dangers relatifs à l'usage. Au vu de ces éléments, il est donc nécessaire de prêter attention aux divers systèmes de valeurs dans lesquels sont intégrés les produits psychoactifs.

Une « drogue illicite » est une drogue dont la consommation et la vente sont interdites par la loi d'un pays. Le caractère illicite de certaines drogues varie d'une législation (et donc d'un pays) à l'autre. Les drogues appelées « drogues licites » désignent les substances psychotropes dont la consommation et la vente ne sont pas interdites par la loi d'un pays. Par drogue licite, on désigne en général l'alcool, le tabac, le café, les médicaments psychotropes ou les solvants organiques. La distinction « drogues illicites » et « drogues licites » n'induit aucune distinction de fait entre « drogue dangereuse » (et/ou potentiellement létale) et « drogue inoffensive » (et/ou non potentiellement létale). En d'autres termes, une drogue licite peut être tout aussi dangereuse (ou pas) qu'une drogue illicite.

B. Toxicomanies et usages de drogues

A l'origine "la" toxicomanie est un terme qui vient du grec *toxikon*, « poison » et *mania*, « folie »⁴ et qui signifie que quelqu'un use de manière répétée et excessive d'une ou plusieurs substances toxiques (analgésique, stimulants et autres psychotropes) sans justification thérapeutique. Aujourd'hui on parle plus volontiers d'addictions au pluriel parce que les pratiques de consommation ont évolué du côté des polytoxicomanies (alcool, médicaments, drogues diverses, synthétiques ou naturelle, etc.)⁵. Les usages évoluent vers un besoin incontrôlable de continuer à consommer le produit, accompagné d'accoutumance puis de dépendance⁶.

Selon l'OMS, la définition stricte de la toxicomanie correspond à quatre éléments :

- Une envie irrésistible de consommer le produit ;
- Une tendance à augmenter les doses ;

⁴ Denis RICHARD, Jean-Louis SENON, Marc VALLEUR, *Dictionnaire des drogues et des dépendances*, Larousse, 2004

⁵ Dans le *Manuel alphabétique de psychiatrie*, d'Antoine POROT, Ed.: Presses Universitaires de France, 7^e éd., 1996, coll.: Bibliothèque de psychiatrie

⁶ L. MANUILA, A. MANUILA, M. NICOULIN, *Dictionnaire médical*, Éditions Masson, 1991 (réimpression, 4^e édition)

- Une dépendance psychologique et parfois physique ;
- Des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotives, sociales, économiques).

Le terme de « drogue récréative » est un terme dérivé de l'expression « usage récréatif », qui désigne avant tout l'environnement de consommation. L'usage intervient alors dans une optique festive, l'effet désinhibant des psychotropes étant recherché par les usagers. Ce terme désigne une consommation occasionnelle et modérée n'entraînant aucune complication pour la santé ou le comportement⁷. Cette consommation récréative s'oppose ainsi à la notion de consommation problématique qui définit la toxicomanie.

Le terme « usage détourné » désigne l'utilisation d'un médicament en dehors d'indications thérapeutiques. Il s'applique à l'usage de médicaments dans le cadre du dopage mais aussi à l'utilisation de psychotropes pour modifier volontairement l'état de conscience. Ce terme induit un jugement moral. L'usage détourné désigne souvent l'usage de sédatifs, d'opiacés ou de stimulants à des fins non-médicales, comme ce peut être le cas avec la buprénorphine, la kétamine, la morphine, ou d'autres.

De nombreuses circonstances peuvent mener à une toxicomanie et/ou la favoriser :

- Un contexte social défavorisé qui, sans inciter à cette consommation, aggrave le contexte social, notamment chez les jeunes ;
- Un contexte environnemental avec une facilité d'accès aux produits ou avec des relations proches elles-mêmes usagers ;
- Un contexte familial difficile (conflits familiaux, parents excessifs ou sans autorité, violence, abus...) ;
- Des problèmes psychologiques (manque de satisfaction dans les rapports avec autrui, etc.) ;
- Un trouble de la personnalité (20 à 40% des toxicomanes en souffriraient) ;
- Un contexte de recherche de performance (professionnelle, sexuelle, artistique, scolaire ou sportive).

⁷ « Usage récréatif, abus et dépendance », *Drogues : Savoir plus, risquer moins*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec

4. Objectifs et résultats attendus du projet

A. Objectifs

Le but de ce projet était de mieux comprendre les mécanismes de circulation et de consommation des drogues dans la ville de Ouagadougou, d'évaluer leurs impacts parmi les Personnes vivant avec le VIH/Sida et certaines populations particulièrement vulnérables, et de proposer des stratégies pertinentes de réduction des risques intégrées dans le dispositif global de lutte contre le VIH/Sida.

Les objectifs se déclinaient en 6 axes :

- 1) Décrire et analyser le cadre juridique et politique burkinabè en matière de lutte contre la drogue, et l'état actuel des interventions en matière de prévention et de prise en charge des toxicomanies, en lien avec la lutte contre le VIH/Sida ;
- 2) Inventorier et décrire les produits considérés comme des drogues au Burkina Faso et consommés licitement ou illicitement, de manière addictive, récréative ou détournée au sein des populations-cibles de l'étude (PvVIH, travailleuses du sexe, milieu artistique, prisonniers et toxicomanes) ;
- 3) Identifier, décrire et analyser les différents usages de drogues au sein de chaque population-cible de l'étude (types d'usage, facteurs d'adhésion, facteurs de légitimation) ;
- 4) Identifier, décrire et analyser les mécanismes de circulation des drogues parmi les populations-cibles enquêtés (circuit de production, de promotion, de distribution, de vente et d'achat des produits identifiés) et les différents acteurs impliqués dans ce processus ;
- 5) Décrire et analyser l'impact de ces traitements au niveau individuel sur les comportements de prévention des IST/VIH/Sida parmi les populations-cibles, et sur le suivi médical et l'observance de traitements biomédicaux des PvVIH consommatrices de drogues ;
- 6) Décrire et analyser l'impact de ces traitements au niveau collectif, sur les interférences avec les décisions et stratégies de santé publique en matière de lutte contre les drogues, et sur les programmes de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH/Sida.

B. Résultats attendus

Le premier résultat attendu de ce projet est de disposer d'un état des lieux de la circulation des drogues parmi les populations enquêtées dans la ville de Ouagadougou. Cet état des lieux permettra de décrire quels sont les produits consommés, et quels sont les circuits d'approvisionnement des usagers de drogues parmi les personnes vivant avec le VIH, les travailleuses du sexe, au sein du milieu artistique et en milieu carcéral.

A l'issue du projet, les impacts de la consommation de drogues parmi les Personnes vivant avec le VIH/Sida et les groupes-cibles enquêtés, seront mieux connus. Les impacts analysés seront bien sûr d'ordre psychologique, social et économique, mais également d'ordre sanitaire (conséquences en termes de prévention des IST/VIH/Sida et de comportements à risques, conséquences sur l'état de santé des personnes infectées par le VIH et sur leur observance des traitements).

Enfin, à travers le rapport de l'étude, Kasabati sera en mesure de proposer des stratégies pertinentes de réduction des risques intégrées dans le dispositif global de lutte contre le VIH/Sida.

5. Situation actuelle dans le contexte africain et références bibliographiques

Le continent africain, voie de passage pour les narcotrafiquants. L'Afrique subsaharienne est une zone de transit idéale pour le trafic de drogue mondial. Des volumes de plus en plus importants de stupéfiants, et notamment d'héroïne et de cocaïne, transitent par la région avant d'atteindre leur destination finale : les marchés prospères d'Europe et d'Amérique du nord. Il a fallu peu de temps aux trafiquants pour tirer profit du laxisme des contrôles aux frontières, de la mauvaise application de la loi et du développement des connexions de transport et du commerce international. Dans son Rapport mondial sur les drogues 2007, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) mettait déjà en garde et indiquait que l'Afrique « est de plus en plus exploitée par les narcotrafiquants et qu'il faut s'attendre à une confirmation de cette tendance. » Certaines de ces drogues alimentent un marché local croissant, notamment le long des principales routes empruntées par le trafic.

Le rapport mondial sur les drogues 2010 confirme que la consommation de drogue se développe en Afrique. « Il nous faut reconnaître que l'abus et le trafic de drogues constituent un obstacle majeur au développement », a estimé le secrétaire général des Nations-Unies Ban Ki Moon à l'occasion de la journée mondiale contre l'abus et le trafic de drogue, le 26 juin 2010. De nombreuses cargaisons de stupéfiants transitent par les côtes africaines, révèle le rapport mondial sur les drogues 2010 de l'ONUDC, rendu public à l'occasion de cette journée. Ainsi, quelque 50 tonnes de cocaïne produite en Amérique Latine transite par l'Afrique de l'Ouest avant d'être vendue en Europe. Ce trafic qui avait connu une progression rapide entre 2004 et 2007 semble avoir reculé en 2008 et en 2009 mais « la situation est susceptible d'évoluer et doit être suivie attentivement ». Quant à l'héroïne, produite en Asie, elle est acheminée vers l'Europe et les Etats-Unis par l'Afrique de l'Est.

Une demande en hausse. Selon l'UNODC, la demande d'héroïne, la drogue de prédilection des consommateurs de drogues injectables, a grimpé en flèche dans les pays tels que le Mozambique, le Kenya, la Tanzanie, et augmente progressivement en Afrique du Sud, à Madagascar, au Ghana, au Liberia et au Sénégal. Cela n'augure rien de bon pour une région souvent décrite comme étant « l'épicentre mondial » de la pandémie de VIH/Sida. Le partage des seringues est un moyen efficace de transmettre des virus, tels que le VIH. En outre, il a été prouvé qu'un consommateur de drogues qui recourt au partage des seringues court trois fois plus de risques de contracter le VIH qu'une personne qui a des rapports sexuels non protégés.

Outre le fait de partager les seringues, qui les expose au virus, les consommateurs de drogues peuvent également adopter des comportements sexuels à risque à la fois lorsqu'ils sont sous l'influence de la drogue et parce qu'ils sont parfois contraints de se prostituer afin de satisfaire leurs besoins en drogue. Une fois que le VIH s'immisce dans un groupe de consommateurs de drogues injectables, la propagation du virus a tendance à être redoutable et la maladie menace facilement le reste de la population. En Afrique subsaharienne, les rapports sexuels non protégés sont le principal mode de transmission du virus. Ainsi, les interventions de lutte contre le VIH/Sida ont tendance à négliger les consommateurs de drogues injectables et non injectables.

Des consommateurs de drogue très exposés. Cependant, la sonnette d'alarme a été tirée sur l'île Maurice, située dans l'océan Indien, où les consommateurs de drogues injectables représentaient 90 pour cent des nouvelles contaminations répertoriées en 2005. En outre, le taux de prévalence du VIH est passé de moins de un pour cent à 1,8 pour cent.

Au Kenya, près de 40 pour cent des consommateurs de drogues injectables ont indiqué partager leurs seringues. De plus, sur 10 consommateurs de drogues injectables ayant subi un test de dépistage du VIH dans la ville côtière de Mombasa, trois étaient porteurs du virus.

En Afrique du Sud, la consommation de drogues injectables est faible en comparaison à d'autres pays. Cependant, les personnes sont plus nombreuses à consommer des drogues qui sont fortement associées à un risque accru de comportements sexuels à risque. En outre, ces drogues touchent un plus large public qu'auparavant. Les spécialistes de la santé partagent le point de vue selon lequel les comportements sexuels à risque sous l'influence de la drogue sont le principal mode de transmission du virus en Afrique du Sud.

En Tanzanie, l'augmentation du taux de prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables inquiète les responsables de la santé. En effet, les consommateurs de drogues injectables ont souvent recours à une technique dangereuse qui leur permet d'économiser de l'argent, appelée « flash blood » (« sang éclair »). Cette technique consiste à s'injecter de l'héroïne ou une autre drogue illégale, puis à extraire à l'aide d'une seringue un peu de son sang, qu'un autre consommateur s'injecte.

Des mesures de prévention difficiles à mettre en œuvre. L'île Maurice, le Kenya et la Tanzanie comptent parmi les pays à avoir reconnu le besoin d'intégrer des programmes de prévention contre le VIH destinés aux consommateurs de drogues injectables à leurs stratégies nationales. Cependant, d'autres pays tardent à le faire. Par exemple, dans un rapport publié en 2006, sur le VIH et la consommation de drogues au Nigeria, plaque tournante du trafic de drogues et pays où la consommation de drogues augmente, des chercheurs ont dénoncé « un manque de prise de conscience général de la part des décideurs et des responsables sanitaires à l'égard de l'augmentation de la consommation de drogues et la vulnérabilité des consommateurs de drogues face au VIH ».

L'île Maurice a dernièrement mis en place des programmes pilotes d'échange de seringues ainsi que des programmes visant à offrir des traitements à base de méthadone. Cependant, les autres pays touchés par le fléau tardent à suivre l'exemple. Le docteur Fayzal Sulliman, responsable de l'unique centre de Maurice qui propose des traitements à base de méthadone, a reconnu que les pays pauvres de la région considéreront ces mesures onéreuses et difficiles à mettre en œuvre, car elles nécessitent des infrastructures et des ressources supplémentaires. « Mais, à long terme, [ces mesures] se révéleront moins coûteuses si l'on considère l'impact [de la drogue] sur la criminalité et le sida », a-t-il souligné. « L'heure est venue d'adopter des mesures de réduction des risques en Afrique, si nous ne le faisons pas maintenant, nous assisterons à un feu de brousse ».

Drogue et lutte contre le VIH/Sida. Ces « corridors de transports » suscitent l'apparition de marchés locaux. Si la consommation mondiale de drogues se stabilise dans les pays développés, elle augmente dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique. L'ONUDC signale une augmentation importante des saisies de résine de cannabis, principalement consommée en Afrique du Nord. La montée en flèche de la consommation d'héroïne en Afrique de l'Est et de cocaïne en Afrique de l'Ouest est également soulignée. Par contre, si le rapport affirme que la consommation d'amphétamines et d'ecstasy affecte le continent, son ampleur n'a pas pu être calculée.

L'augmentation de la consommation de drogues en Afrique, en particulier par injection, met en péril les avancées réalisées sur le continent dans la lutte contre le Sida, soulignent par ailleurs des experts dans le cadre du Forum mondial contre la drogue à Stockholm, le 24 mai. « Je pense que l'un de nos principaux sujets d'inquiétude au Kenya est le grand nombre de personnes dépendantes à l'héroïne », y avait déclaré la présidente de la Campagne nationale kenyane contre la drogue. Elle avait également rappelé que « parmi les consommateurs de drogue par injection, 68 % à 88 % sont porteurs du VIH ». L'échange de seringues est monnaie courante et participe à la propagation du virus. Au Nigeria, une étude a ainsi révélé en 2007 que la consommation de drogues se répand au même rythme que l'augmentation des personnes contaminées par le virus du sida, dans des villes comme Kano et Port Harcourt.

6. Cadre théorique, problématique et hypothèses de travail

Depuis la déclaration des premiers cas de Sida au Burkina Faso, les programmes nationaux successifs ont totalement occulté les questions liées à l'usage de drogue, et ce n'est qu'en 2010 que les usagers de drogues ont été inclus dans la liste des groupes vulnérables ciblés par le Cadre National Stratégique 2010-2014. En dehors des publications du Comité National de Lutte contre les Drogues (CNLD), et plus récemment d'une « Analyse rapide de situation de l'utilisation de drogue au Burkina Faso » menée par le CNLS/IST⁸, peu de travaux ont été réalisés pour déterminer l'ampleur de la problématique. Par conséquent, comme cela est le cas dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, il existe une sorte de statu quo, consistant à affirmer qu'il n'existe pas de véritable lien entre la circulation des drogues et la propagation de l'épidémie de VIH/Sida au Burkina Faso, dans la mesure où le pays compterait un nombre très faible d'usagers de drogue par voie intraveineuse. Dès lors, la politique mise en place s'inscrit davantage dans une logique de répression des usagers que de prévention et d'éducation des populations.

Les données statistiques du CNLD indiquent cependant que la consommation de drogues par injection est en augmentation constante, le Burkina Faso étant de plus en plus considéré comme l'une des plaques tournantes du trafic international transitant par le continent africain (TABYAM, 2008). Comme les autres pays de la sous-région, le Burkina Faso, de par sa position géographique et ses frontières poreuses, est de plus en plus confronté au trafic des stupéfiants et autres substances psychotropes aux conséquences néfastes pour les populations. Le CNLD estime à 2.209 le nombre d'enfants et jeunes en difficulté identifiés comme présentant des problèmes graves de toxicomanies, mais il est probable que cela ne reflète qu'une infime partie des personnes consommatrices régulières puisque 3 à 5% des enfants scolarisés dans 52 collèges à Ouagadougou consommeraient du cannabis (IRSS, 2006). En 2009, on estimait que 13,6% des jeunes de 7 à 18 ans consommaient des drogues (cannabis, amphétamines, solvants, alcools) (SURA Y. 1994). Selon le PAMAC, « le Burkina Faso est un pays de transit de certains produits illicites entre Afrique de l'ouest et Europe comme la cocaïne ou l'héroïne, mais la consommation locale se focalise essentiellement sur trois types de substances : les solvants (colle à rustine, laques à cheveux...), les médicaments psychotropes (amphétamines, morphiniques, anxiolytiques) et le cannabis » (PAMAC 2008). Selon la même étude, les drogues dites dure (cocaïne et héroïne) seraient nettement moins consommées, mais les chiffres de l'ONUDC indiquent cependant que leur consommation est en augmentation au Burkina (ONUDC, Rapport mondial sur les drogues 2008).

Ainsi, le volume des drogues saisies et détruites par les autorités serait passé de 3 tonnes par an en 1996 à 50 tonnes en 2008 (O. Touré, ONG Sagle-Taaba), ce qui est confirmé par les données du CNLD qui annonce la saisie en 2008 de 10.834 T de cannabis, de 6.345 T de « médicaments de rue » et de 21.885 kg de cocaïne (CNLD 2008). Nous pensons par ailleurs qu'à la question de l'usage de drogues injectables s'ajoutent celles des addictions aux médicaments contrefaits (« médicaments de la rue ») et aux alcools dits « frelatés », tous types de consommation extrêmement fréquents dans les zones urbaines, et qui entraînent généralement un relâchement de la prévention à l'égard des IST/VIH/Sida.

Si l'on s'en tient strictement à la loi burkinabè, la drogue est illégale. La loi N° 017/99/AN portant code des drogues, donne en effet un cadre juridique sur ces questions et prévoit par exemple que « sont punis d'un emprisonnement de 2 à 5 ans et d'une amende de 500.000 à 5.000.000 de Francs ceux qui sciemment fournissent à un mineur l'un des inhalants chimiques toxiques figurant sur la liste établie par le ministre chargé de la santé » (247 personnes ont ainsi été condamnées en 2008, selon le CNLD). Mais nous estimons que la loi conduit à un conflit : la drogue est interdite, mais il y a des drogués, certains en meurent ou y restent plongés dans un état sanitaire catastrophique. D'un point de vue sanitaire, mais plus encore d'un point de vue éthique, il convient donc de mobiliser le monde communautaire de la lutte contre le Sida, afin d'intégrer ces questions dans les stratégies actuelles d'accès aux soins.

⁸ « Analyse rapide de situation de l'utilisation de drogue au Burkina Faso. Rapport provisoire », SP-CNLS/IST, UNICEF, 2009

Préalablement à tout programme d'intervention, nous estimions cependant qu'il était indispensable de disposer d'un véritable état des lieux de l'usage des drogues parmi les PvVIH et certains groupes-cibles. Ensuite, il serait nécessaire de former les acteurs communautaires aux stratégies de prévention et de réduction des risques. Cela permettrait ainsi d'utiliser le dispositif de prévention des IST/VIH/Sida, déjà existant (séances d'éducation, animations musicales, prestations théâtrales, émissions radiophoniques, etc.), pour diffuser de nouveaux messages auprès des populations. Cela faciliterait enfin la prise en compte des toxicomanies au niveau des services de prise en charge offerts aux PvVIH (soins médicaux spécifiques, soutien à l'observance des traitements ARV en cas d'usage concomitants de drogues...).

Au niveau des décideurs, même si les moyens n'ont pas suivi pour l'encadrement des acteurs et leur appui à la mise en œuvre de programmes efficaces, la volonté de l'Etat s'est manifestée par la création du Comité national de lutte contre la drogue et le renforcement des capacités des services de répression contre la forte croissance du trafic. Cependant, les autorités sanitaires peinent toujours à intégrer dans le programme national de lutte contre le VIH/sida, une composante spécifique consacrée aux usagers de drogues par voie intraveineuse et à la réduction des risques. De plus, il n'existe toujours pas de programme d'accès aux soins pour les toxicomanes, qui sont généralement orientés vers les deux hôpitaux nationaux (ce n'est que cette année que le CNLD a envisagé la mise en place d'une structure extrahospitalière de prise en charge psychosociale des toxicomanes). Dans ces conditions, seules quelques ONG développent des activités de prévention, mais essentiellement en milieu scolaire et étudiant, et aucune de ces ONG n'est par ailleurs spécialisée dans la lutte contre le sida. A ce jour, il n'existe donc aucune statistique sur le lien entre l'usage de drogues et l'épidémie de Sida, sur la consommation de drogues parmi certains groupes vulnérables, et les recours aux drogues par les PvVIH ne sont toujours pas documentés.

7. Exposé détaillé du projet et méthodologie

L'exécution du projet « ETUDES » s'est déclinée en plusieurs étapes :

- Constitution de l'équipe de recherche
- Revue documentaire et analyse du cadre juridique et des documents collectés ;
- Conception et pré-test des outils de collecte ;
- Enquêtes ;
- Saisie et classification des données ;
- Analyse des données et rédaction du rapport provisoire ;
- Restitution des résultats.

A. Constitution de l'équipe de recherche

L'équipe de Kasabati était composée d'un (1) coordinateur, d'un (1) assistant, de deux (2) enquêteurs et de deux (2) agents de saisie, tous placés sous la responsabilité du directeur.

Le directeur, Augustin SANKARA, a supervisé l'ensemble des étapes du projet en lien avec les différents partenaires. Il a assuré le suivi de la gestion des fonds alloués à sa réalisation. Il a rencontré les responsables des structures partenaires impliqués et des structures enquêtées, et les a tenus informés de l'état d'avancement du projet. Il a été responsable de l'analyse transversale et de la rédaction du rapport et des publications, et a participé aux présentations et restitutions prévues.

Le coordinateur du projet, Vincent BASTIEN, a coordonné le recrutement et l'installation de l'équipe de recherche. Il était chargé de la réalisation de la revue documentaire, de la conception des outils de collecte, de l'organisation du pré-test des outils, puis de la formation des enquêteurs à l'utilisation de ces outils. Il a coordonné la collecte des données en s'assurant du bon déroulement des enquêtes sur le terrain et en suivant l'avancement de ces enquêtes auprès des populations-cibles du projet. Il a supervisé la transcription des données par les agents de saisie, puis a assuré la classification des données collectées et leur analyse afin de produire ce rapport provisoire. Enfin, il a organisé la restitution des résultats auprès des partenaires locaux du programme et sera ultérieurement chargé de la rédaction des publications.

L'assistant de projet, René SANKARA, en appui au coordinateur, a compilé les documents qui ont permis la revue bibliographique sur le sujet d'étude, et a participé à la conception des outils de collecte et à la formation des enquêteurs. Il a ensuite été chargé de réaliser les enquêtes sur le terrain, en identifiant les structures et personnes à enquêter, et en organisant les focus-groups et les séances de mapping. Il a centralisé les données collectées sur le terrain afin de les transmettre aux agents de saisie. Enfin, il a appuyé le coordinateur pour l'analyse des données et la rédaction du rapport et des publications.

Les deux (2) enquêteurs ont été recrutés dès la phase de démarrage du projet, et ont formés à l'utilisation des outils de collecte par le coordinateur et l'assistant du projet. Leur expérience de terrain a permis de faciliter et d'enrichir l'enquête ethnographique. Ils ont été chargés de l'identification des personnes acceptant de participer aux enquêtes, puis de la réalisation des entretiens individuels, des focus groupes et des séances de mapping.

Les deux (2) agents de saisie étaient chargés de la transcription intégrale des données collectées sur le terrain, à travers la saisie informatique des entretiens. Ils ont eux aussi été recrutés dès la phase de démarrage du projet, et ont été formés à l'utilisation des outils par le coordinateur et l'assistant du projet.

B. Revue documentaire et analyse du cadre juridique et des documents collectés

Préalablement à la collecte des informations auprès de ces personnes, une revue de la littérature a été effectuée par l'association KASABATI. L'objectif de cette revue documentaire était double :

1. Analyser le cadre juridique burkinabè relatif à la question de drogues, et en particulier les dispositions prises par la « Loi 1996-043 portant Code Pénal » et par la « Loi 1999-017 portant Code des Drogues », de même que les textes d'application de ces lois. Cette analyse de la législation en vigueur a permis de mieux comprendre la manière dont la loi burkinabè considère la culture, la production, la fabrication, l'exportation, le trafic, la détention, le commerce et la distribution des stupéfiants, ainsi que sur la répression contre l'abus de consommation et le trafic.
2. Réunir l'ensemble des informations publiées et offrant des pistes de réflexion sur la situation des drogues au Burkina Faso, sur les acteurs impliqués et sur les réponses apportées jusqu'à présent (rapports d'étude, rapports d'activités, articles de presse, communications, etc.). Cette partie de la revue documentaire a permis de mieux appréhender, dans le cadre juridique décrit auparavant, les réponses jusque là apportées par les institutions nationales et par la société civile.

De très nombreux documents ont ainsi été collectés par l'équipe de Kasabati, ce qui a permis de constituer une riche bibliographie dont la liste figure en annexe du présent rapport.

C. Conception et pré-test des outils de collecte

La collecte des informations auprès des populations-cibles a été effectuée par KASABATI sur la base de trois (3) stratégies complémentaires :

- L'organisation de séance de mapping afin de mieux cerner les mécanismes de circulation des drogues dans la ville de Ouagadougou (voir méthodologie du mapping en annexe) ;
- L'organisation de focus-groups avec les PvVIH suivies dans les structures associatives, avec les travailleuses du sexe et avec les artistes ;
- La réalisation d'entretiens individuels approfondis, en particulier avec les usagers de drogues et les prisonniers détenus à la MACO.

Trois (3) types d'outils ont donc été utilisés :

- Un guide de discussion pour organiser les focus-groups ;
- Un guide de discussion pour organiser les séances de mapping ;
- Un guide d'entretien individuel, composé de plusieurs modules distincts qui seront administrés en fonction de la population-cible ;

Ces outils, présentés en annexe, ont été préalablement testés sur le terrain auprès d'acteurs non retenus dans l'échantillon, afin de les finaliser avant la phase de collecte des données.

D. Collecte des données

Populations-cibles. Pour atteindre ces objectifs, nous envisageons de réaliser une analyse situationnelle auprès de cinq (5) populations-cibles différentes :

1. Les personnes vivant avec le VIH prises en charge par les associations basées Ouagadougou, avec lesquelles nous travaillons étroitement à travers le Groupe de Travail Interassociatif sur l'Éthique ;
2. Les travailleuses du sexe, à travers le réseau des paires-éducatrices du projet « Vaccin VIH » de l'ANRS dont Kasabati a formé les membres sur l'IEC/CCC et les techniques de communication ;
3. Le milieu artistique, par le biais des artistes avec lesquels Kasabati organise régulièrement des animations musicales et des prestations théâtrales portant sur les droits humains ;
4. Les prisonniers détenus à la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou (MACO), grâce à nos contacts avec la Coordination de la Santé Pénitentiaire (CSP) ;
5. Et enfin les usagers de drogues, dont certains ont d'ores et déjà accepté de s'entretenir avec nous.

Echantillonnage. Les entretiens individuels, les focus-groups et les séances de mapping ont été réalisés selon l'échantillonnage suivant :

- PvVIH : 21 entretiens individuels ;
- Travailleuses du sexe : 19 entretiens individuels, 2 focus-group et 1 séance de mapping ;
- Milieu artistique : 16 entretiens individuels ;

- Prisonniers : 13 entretiens ;
- Usagers de drogues : 17 entretiens, 2 focus-group et 1 séance de mapping.

Au total, cent trente-et-une (131) personnes ont donc été interrogées au cours des enquêtes, dont quatre-vingt-six (86) en entretiens individuels (graphique ci-dessous).

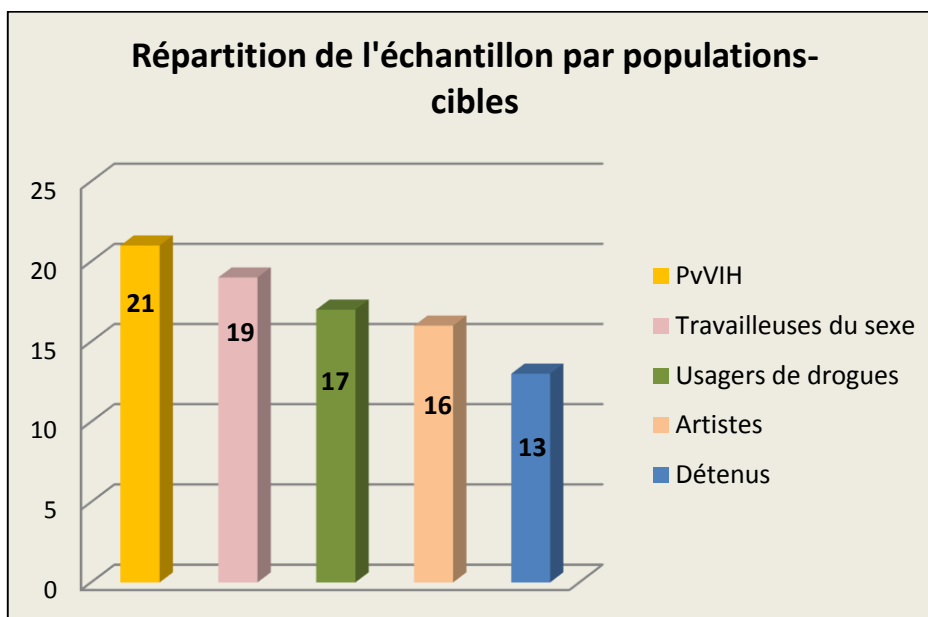


Figure 1 : Répartition des entretiens individuels par population-cible

Méthodes de sélection des participants. Pour la sélection des personnes enquêtées, les stratégies de recrutement ont été adaptées à chaque population-cible. Concernant les travailleuses du sexe et les usagers de drogues, nous avons choisi d'utiliser la méthode d'échantillonnage orientée par les répondants, dite RDS (« Respondant Driven Sampling »)⁹ car elle permet de résoudre le problème de l'échantillonnage des populations cachées et vise à rendre l'échantillon représentatif, permettant ainsi la généralisation des résultats à l'ensemble de la population dont l'échantillon a été tiré. La sélection des participants en milieu carcéral, dans le milieu artistique et parmi les Personnes vivant avec le VIH, l'identification et la sélection des participants s'est faite avec les acteurs sanitaires et/ou associatifs de ces différents milieux, ces derniers étant en mesure de repérer des personnes répondant aux critères de sélection et de les solliciter pour s'entretenir avec les enquêteurs.

Critères de sélection et critères d'exclusion des participants :

Population-cible	Critères de sélection	Critères d'exclusion
Personnes vivant avec le VIH	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir plus de 18 ans ✓ Avoir connaissance de son statut sérologique ✓ Etre suivi par une structure de prise en charge agréée par les autorités sanitaires ✓ Avoir consommé un ou des produits stupéfiants au moins une (1) fois au cours des trois (3) derniers mois 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre âgé de moins de 18 ans ✓ Ne pas être informé de son statut sérologique
Travailleuses du sexe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir plus de 18 ans ✓ Avoir eu des rapports sexuels de type prostitutionnel au moins une (1) fois au cours des trois (3) derniers mois 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre âgé de moins de 18 ans

⁹ La méthode RDS est actuellement promue par le CDC d'Atlanta comme la méthodologie standard de surveillance du VIH dans les populations difficiles à atteindre.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir consommé un ou des produits stupéfiants au moins une (1) fois au cours des trois (3) derniers mois 	
Membre du milieu artistique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir plus de 18 ans ✓ Etre reconnu par ses pairs comme membre du milieu artistique ✓ Avoir consommé un ou des produits stupéfiants au moins une (1) fois au cours des trois (3) derniers mois 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre âgé de moins de 18 ans
Prisonniers	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir plus de 18 ans ✓ Etre placé en détention à la MACO à Ouagadougou ✓ Avoir consommé un ou des produits stupéfiants au moins une (1) fois au cours des trois (3) derniers mois 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre âgé de moins de 18 ans
Usagers de drogues	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir plus de 18 ans ✓ Consommer régulièrement un ou des produits stupéfiants depuis au moins douze (12) mois 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre âgé de moins de 18 ans

Tableau 1 : Critères de sélection et critères d'exclusion des participants

Sites de collecte. Les principaux lieux de collecte identifiés ont été les suivants :

- Les centres de soins communautaires des associations membres du Groupe de Travail Interassociatif sur l’Ethique et basées à Ouagadougou ;
- Les centres médicaux impliqués dans la prise en charge médicale et psychiatrique des usagers de drogues à Ouagadougou ;
- Le site du projet « Vaccin VIH » de l’ANRS-Burkina, basé dans le quartier de Dassasgho, et qui accueille la cohorte des travailleuses du sexe de ce projet ;
- Les lieux de prostitution déjà identifiés et cartographiés par différentes études menées au Burkina Faso et plus particulièrement dans la capitale (PAMAC, AFAFSI, ANRS-Burkina) ;
- Les lieux culturels et de spectacle fréquentés par le milieu artistique ;
- La Maison d’Arrêt et de Correction d’Ouagadougou (MACO).

E. Saisie, classification et analyse des données

Compte tenu du fait que l’échantillon était relativement restreint, la transcription des données des entretiens individuels a été réalisée sur le logiciel Excel 2007, et celle des focus-groups et des séances de mapping sur le logiciel Word 2007. Par la suite, KASABATI a procédé au dépouillement, à la classification et à l’analyse thématique de ces données.

Ces informations, complémentaires des éléments réunis au cours de la revue documentaire, ont été traitées afin de produire un rapport provisoire. KASABATI a rédigé ensuite une présentation synthétique basée sur le rapport provisoire d’étude.

F. Restitution des résultats

Le rapport provisoire et les présentations synthétiques ont été soumis aux participants à l’étude et aux représentants des structures impliquées au cours d’un atelier de restitution, d’une durée d’une (1) journée. Cette restitution a permis aux participants d’échanger autour des constats réalisés et des informations recueillies au cours de l’évaluation, et sur les recommandations générales de Kasabati.

G. Durée du projet et chronogramme d’exécution

Le projet ETUDES a duré trois (3) mois, du 1^{er} Avril au 1^{er} Juillet 2011 (il a été réalisé sur une période de 70 jours de travail). Le chronogramme de réalisation était le suivant :

- Revue documentaire : 4 jours ;

- Analyse du cadre juridique et des documents collectés : 10 jours ;
- Conception et pré-test des outils de collecte : 4 jours ;
- Enquêtes : 30 jours ;
- Saisie et classification des données : 8 jours ;
- Analyse des données et rédaction du rapport provisoire : 10 jours ;
- Restitution des résultats : 1 jour ;
- Amendement du rapport provisoire et rédaction du rapport final : 3 jours.

H. Suivi, diffusion et publication des résultats

Pour mesurer l'état d'avancement de ce projet et la réalisation effective des entretiens individuels, des focus groups et des séances de mapping, nous avons utilisé une grille informatique qui servait de « tableau de bord ». Ce tableau de bord permettait de voir le nombre d'entretiens, de focus et de mapping réalisés, mais aussi le nombre de personnes enquêtées pour chaque population-cible.

Par ailleurs, l'atelier de restitution des résultats d'enquête, auprès des structures impliquées et des personnes enquêtées, a permis de s'assurer de la pertinence des informations collectées, de leur véracité et de leur interprétation. Le niveau de participation au cours de cet atelier a également été un moyen d'apprécier l'intérêt porté au projet et aux résultats présentés.

Compte tenu des enjeux de santé publique mobilisés autour de ces questions, la diffusion des résultats sera assurée auprès de chacun des partenaires impliqués dans le projet, mais aussi auprès des acteurs du système de soins sollicités lors de l'enquête. Ces activités de restitution et de réappropriation des résultats par les acteurs de la lutte contre le sida, seront renforcées par les partenariats techniques établis par Kasabati, qui permettront de formuler des recommandations apportant des réponses adaptées aux préoccupations quotidiennes des acteurs de terrain.

KASABATI envisage également la possibilité de publier ultérieurement les résultats de cette étude sous forme d'articles dans des revues en sciences sociales, ou de présenter ses travaux lors de conférences, séminaires ou colloques consacrés à ce sujet.

I. Considérations éthiques

Anonymat et confidentialité. S'agissant des considérations éthiques, les membres de l'équipe sont tous soumis à l'obligation de secret professionnel. Cela leur impose de ne jamais révéler à autrui les informations confidentielles collectées dans le cadre de ce travail, en particulier bien sûr les informations relatives à l'état de santé d'une personne ou celles susceptibles de porter préjudice aux personnes participant à l'enquête. Tous les moyens et précautions nécessaires ont donc été pris pour assurer le respect de la confidentialité :

- L'anonymat des participants a été garanti au cours des entretiens individuels et collectifs (leur identité n'était pas demandée par les enquêteurs) ;
- KASABATI a procédé à la codification des données collectées au cours de leur collecte, de leur saisie informatique, de leur analyse et de leur publication ;
- Les entretiens individuels se sont déroulés dans des lieux permettant de garantir la confidentialité et de préserver la vie privée des personnes, ces lieux étant identifiés en accord avec ces dernières.

Information des participants et recueil du consentement. Une note d'information a été soumise aux personnes susceptibles de participer aux enquêtes de terrain (cf. Annexes). Cette notice d'information était présentée et expliquée oralement lors d'un entretien individuel préalable, réalisé par un membre de l'équipe de KASABATI ou par une personne intermédiaire. Le recueil du consentement des participants était basé sur le remplissage et la signature d'un formulaire de consentement éclairé de participation à l'étude (cf. Annexes), également expliqué oralement lors de l'entretien préalable. Cet entretien individuel de

recrutement s'est déroulé en présence d'une tierce personne chaque fois que le souhait en a été exprimé par un participant potentiel. Il était systématiquement et explicitement expliqué à ce dernier qu'en cas de participation, il pourrait à tout moment et en toutes circonstances se retirer de l'étude, sans être contraint de donner les raisons de cette décision et sans préjudice quelconque pour sa sécurité ou sa santé.

Sécurité et protection des droits des participants. La détention et la consommation de drogues étant illicites au regard de la loi burkinabè, la question de la non-mise en danger des usagers de drogues par rapport à la police sur les différents lieux d'enquête était primordiale. Le respect de l'anonymat et la protection des usagers par rapport à la police ou aux riverains ont donc constamment été présents dans notre démarche. De la même manière, et pour les mêmes raisons, la sécurité et la protection des droits des travailleuses du sexe a été l'objet de notre attention.

A cet effet, une information claire, juste et précise a été fournie à tous les participants sur :

- Leurs droits en tant qu'usagers de drogues, et/ou usagers des services de santé, et/ou personnes incarcérées en matière d'accès aux moyens de prévention et de prise en charge des IST/VIH/Sida ;
- Les moyens de réduction des risques (RDR) et les services de prise en charge disponibles au Burkina Faso auprès des structures sanitaires agréés par les autorités sanitaires et/ou des centres communautaires offrant ce genre de dispositif ;
- Les moyens de prévention, de dépistage et de prise en charge des IST/VIH/Sida disponibles au Burkina Faso auprès des structures sanitaires agréés par les autorités sanitaires et/ou des centres communautaires offrant ce genre de dispositif.

Dispositif d'évaluation et de veille éthique. Dès la signature d'un accord de financement entre KASABATI et l'Open Society International (OSI), le présent projet et les outils ont été soumis au Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé (CERS) du ministère de la santé. Celui-ci a procédé à l'évaluation éthique du projet ETUDES et a délivré à Kasabati une autorisation de recherche (cf. Annexes). Avant le démarrage des enquêtes, le projet ETUDES (objectifs, résultats attendus, méthodologie) a par ailleurs été présenté au Groupe de Travail Interassociatif sur l'Éthique au cours de l'une de ses réunions périodiques. Il a ainsi été proposé au GTIE de désigner un représentant chargé de suivre le projet tout au long de son déroulement. Par la suite, le GTIE a été tenu informé de l'état d'avancement du projet et pouvait librement et à tout moment décider de réaliser des visites de terrain pour s'assurer du respect des principes éthiques et des droits des participants par l'équipe de KASABATI.

J. Difficultés rencontrées et limites de l'étude

Les principales difficultés rencontrées ont été :

- L'obtention tardive de l'avis du Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé (CERS). Attendu deux (2) semaines après la délibération du CERS, l'avis n'a finalement été rendu disponible que trois (3) semaines plus tard. En conséquence, le démarrage des enquêtes sur le terrain a été entamé avec un léger retard, bousculant ainsi le chronogramme général de l'étude ;
- Le report et l'annulation de divers rendez-vous du fait de l'indisponibilité de certaines populations-cibles (notamment chez les travailleuses du sexe et les PvVIH) ou des personnes ressources (managers des travailleuses du sexe) ;
- Le désistement de certains enquêtés pour la participation aux focus-group (usagers de drogues en population générale, travailleuses du sexe), réduisant souvent le nombre de personnes attendues initialement ;
- La liste des détenus fournie par les responsables de la MACO contenait des personnes condamnées pour fait de drogues, sans distinguer celles accusées en tant que consommatrices de celles qui le sont en termes de vente ou trafic. Ainsi plusieurs détenus ne répondaient pas aux critères d'inclusion du projet et ont été par conséquent exclus.

Sur le plan méthodologique, la principale limite de cette étude est relative aux entretiens de groupe (focus-group et mapping), dans la mesure où :

- L'option de réaliser de focus group avec les détenus de la MACO s'est révélée inadaptée. En effet, certains détenus rejettent toujours les accusations portées contre eux comme consommateurs ou vendeurs de drogue, et clament toujours leur innocence. Ils sont de ce fait peu enclins à parler de leur vécu et de leur expérience. D'autres détenus n'étaient pas encore jugés et sont en attente de leur procès. Dès lors, il n'était pas envisageable de regrouper ces personnes enquêtées ensemble pour un entretien de groupe. La situation de détention ainsi que le refus de ces personnes rendaient en effet l'exercice aléatoire et potentiellement improductif.
- Les focus-group et les mapping au niveau des PvVIH se sont révélés impossibles à mettre en place. Si les PvVIH enquêtées ont été consentantes pour réaliser des entretiens individuels, elles ont cependant refusé des entretiens en groupe. Cette situation a non seulement réduit le nombre de mapping et de focus prévus dans l'échantillon, mais nous a aussi amené à opérer une autre stratégie d'approche : à défaut de réunir ces personnes, l'option imaginée a été d'administrer à celles qui l'acceptaient les questions en principe réservées aux focus-groups et aux séances de mapping, de manière à collecter un maximum d'informations.

2^{ème} Partie

Projet ETUDES : Analyse du Cadre Juridique au Burkina Faso



1. Contexte de l'analyse

Le droit à la santé est officiellement consacré au Burkina Faso par la constitution et l'Etat a la charge de le promouvoir. En lien avec cette disposition et dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida, une loi portant lutte contre le VIH/Sida et protection des droits des PvVIH a été adoptée en 2008 des suites de constats de fortes stigmatisations et discriminations des PvVIH liées à leur sérologie. Cette loi, aux termes de son premier article se donne comme objet de renforcer la lutte contre le VIH/Sida et de promouvoir les mesures de protection des personnes en matière du VIH/Sida. Elle oblige ensuite le ministère chargé de la santé, en collaboration avec les autres structures étatiques concernées, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les organisations à base communautaire, à prendre toutes mesures nécessaires pour renforcer les mesures de prévention, de prise en charge et de contrôle des infections sexuellement transmissibles afin de lutter contre la propagation de l'infection à VIH.

C'est dans ce cadre que l'association Kasabati a soumis à ses partenaires le présent projet dénommé « ETUDES », avec le souci particulier d'analyser les liens et des impacts de la consommation de stupéfiants sur la prévention et la prise en charge des PvVIH.

Pour ce faire, le projet entendait notamment réaliser une analyse de l'ensemble des textes applicables aux drogues et stupéfiants au Burkina Faso. Plus précisément, il s'agissait de faire un état des dispositions prises par la législation et la réglementation burkinabè relatives à la question des drogues et en particulier les dispositions contenues dans le code pénal et la loi 1999-17 portant Code des drogues au Burkina Faso, pour mieux cerner la problématique de l'usage des stupéfiants en lien avec les efforts de lutte contre le VIH.

L'objectif de cette analyse du cadre juridique était donc de comprendre comment la loi burkinabè considère la culture, la production, la fabrication, l'exportation, le trafic, la détention, le commerce et la distribution des stupéfiants ainsi que la répression contre l'abus de consommation et le trafic. Elle a par conséquent consisté dans un premier temps à rechercher tous les textes juridiques applicables à la culture, à la production, à la fabrication, à l'exportation, au trafic, à la détention, au commerce et à la distribution des stupéfiants ainsi que la répression contre l'abus de consommation et le trafic au Burkina Faso. Dans un second temps, cette revue documentaire des textes juridiques a permis de procéder à leur analyse en exposant d'une part les dispositions contenues dans ces textes, et en relevant les éventuelles insuffisances d'autre part. A ce titre, il convient de noter que cette analyse est faite à la lumière des conventions internationales ratifiées par le Burkina Faso et qui ont été intégrées dans son ordre juridique interne.

2. Du cadre juridique et institutionnel des stupéfiants au Burkina Faso

A. Du dispositif institutionnel

Pour faire face au phénomène des stupéfiants, le Burkina Faso a mis en place par décret n° 2004-359/PRES/SECU/MS du 17 Aout 2004 un Comité dénommé Comité National de Lutte contre la Drogue placé sous l'autorité du Ministre en charge de la sécurité. Ce Comité aux termes de l'article 2 du dit décret a pour missions entre autres d'appliquer et d'animer la politique définie par le Gouvernement en matière de lutte contre le trafic et l'usage illicites des stupéfiants et substances psychotropes ; de proposer au gouvernement des plans d'action ainsi que des mesures efficaces visant à protéger le Burkina Faso contre le fléau de la toxicomanie. Le Comité doit aussi veiller à l'application des traités internationaux auxquels le Burkina Faso est partie prenante en matière de stupéfiants et de substances psychotropes et étudier toutes les questions nationales et internationales relatives à la culture, à la production, à la fabrication, au commerce licite ou illicite, à la répression du trafic illicite de stupéfiants et substances psychotropes ainsi que les problèmes médico-sociaux posés par la prévention et le traitement de la toxicomanie.

B. Du dispositif juridique

Le Burkina Faso dispose d'un arsenal juridique important dans la réglementation de l'usage des drogues et stupéfiants. En effet, le Burkina est partie prenante de trois conventions internationales importantes notamment la convention unique sur les stupéfiants de 1961, la convention sur les substances psychotropes signée à Vienne le 21 février 1971, la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes signée le 20 décembre 1988. Des dispositions ont été prises pour la prise en compte de ces conventions dans l'ordre juridique interne du Burkina.

Aussi, des textes juridiques nationaux spécifiques, dont le Code Pénal et particulièrement le Code des Drogues ont été adoptés pour régir la question des stupéfiants. C'est tout cet arsenal qui fera l'objet de notre analyse dans le présent document.

A priori, une situation de la teneur des textes, c'est-à-dire de leur contenu sera faite, appuyé par un regard critique sur les insuffisances et les lacunes surtout en relation avec l'accès à la prévention, aux soins et traitement dans la lutte contre le VIH/Sida. Des suggestions seront enfin envisagées pour guider les interventions futures.

C. De la teneur du dispositif juridique

Définition et classification des drogues. Aux termes de l'article 2 de la Loi n° 017/99/AN du 29 Avril 1999 portant code de drogues au Burkina Faso, l'expression « drogue » désigne toute substance d'origine naturelle ou obtenue par synthèse, qui lorsqu'elle est absorbée par un être vivant, modifie une ou plusieurs de ses fonctions. En d'autres termes, une drogue est une substance naturelle ou chimique susceptible de modifier la conscience, la perception de la réalité. Il existe des drogues légales (alcool, tabac, etc.) et des drogues illégales (cannabis, ecstasy, etc.).

Les drogues sont illégales et appelées « stupéfiants » si elles sont classées dans les tableaux I et II de la Convention de 1971, qu'elles soient naturelles ou synthétiques¹⁰. Les précisions concernant cette classification sont faites par le Code des Drogues du Burkina Faso¹¹. Celle loi distingue entre les drogues à « haut risque » désignant l'ensemble des plantes et substances figurant aux tableaux I et II de la convention de 1971 des drogues à risque (tableau III) des précurseurs (tableau IV)¹². Cependant, la culture, production, fabrication et commerce des stupéfiants sont strictement réglementés.

De la culture, production, fabrication et commerce des drogues au Burkina Faso. Au Burkina Faso, aux termes du chapitre 2 du Code des Drogues, la culture des plantes classées comme stupéfiants par les conventions internationales est strictement interdite sur le territoire national. En outre, la même loi dispose que « la production, la fabrication, le commerce, la distribution de gros et de détail, le transport, la détention, l'offre, la cession à titre onéreux ou gratuit, l'acquisition, l'emploi, l'importation, l'exportation, le transit sur le territoire national des plantes, substances et préparatoire inscrite au tableau I sont interdits », à moins d'avoir une licence délivrée à des fins médicales par le Ministère de la santé à cet effet en ce qui concerne les substances et préparations des tableaux II et III. (Article 12 et suivants)

De la détention, du commerce et de la distribution des stupéfiants. Le chapitre 3 du Code développe les questions relatives à la détention, au commerce et à la distribution des stupéfiants. A cet effet, la loi dispose que les achats ne sont opérés qu'aux fins professionnelles et auprès des entreprises disposant d'une licence tel que stipulé à l'article 14.

¹⁰ Voir www.addictopedia.com/convention_sur_les_substances_psychotropes_de_1971,

¹¹ Voir Articles 5 et 6 de la loi n° 017/99/AN du 29 Avril 1999 portant code des drogues au Burkina Faso.

¹² Ces tableaux sont présentés en annexes

En outre, l'article 35 énumère limitativement les substances et les personnes physiques ou morales pouvant acquérir ou détenir des plantes, substances et préparations des tableaux 2 et 3. Il s'agit notamment des pharmaciens et des médecins et toute autre personne agréées par le Ministère de la santé et dans les conditions décrites dans la présente loi (article 35 et suivants).

La fabrication, le commerce ou la distribution de gros et le commerce international des substances du tableau IV obéissent à la même réglementation que celles des tableaux précédents.

En tout état de cause un régime répressif concernant la production et l'usage illicite a été soigneusement prévu par le code et mérite d'être exposé.

Répression de la production du trafic illicite et mesures contre l'abus des stupéfiants et psychotropes. Il convient de relever que la section 6 de la loi ne comporte que des dispositions exclusivement répressives envers les producteurs, les fabricants, les distributeurs, détenteurs ou les consommateurs de stupéfiants. Le chapitre 2 de cette loi concerne les causes d'aggravation des peines (article 64). Le chapitre 3 est focalisé sur les causes d'exemptions et d'atténuation des peines et cela n'est applicable que lorsqu'une personne dénonce ou aide à identifier des coupables de violation de la loi sur les stupéfiants. Le chapitre 4 régit les peines et mesures accessoires ou complémentaires.

Aux titres des peines¹³ pouvant être prononcées par le Juge, on peut retenir :

- Les peines d'emprisonnement (pouvant être à vie) et des amendes (pouvant s'élever à 50.000.000) selon la gravité de l'infraction ;
- L'interdiction définitive de séjour sur le territoire pour une durée de 10 ans ou plus contre tout étranger condamné ;
- L'interdiction de séjour pour une durée de 2 à 5 ans si l'infraction est un délit et de 5 à 20 ans si l'infraction est un crime ;
- L'interdiction de quitter le territoire national pour une durée de 6 mois à 3 ans ;
- L'interdiction des droits civils, civiques et de la famille pour une durée de 6 mois à 3 ans ;
- L'interdiction définitive ou pour une durée de 6 mois à 3 ans d'exercer la profession à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise ;
- La confiscation de tout ou partie des biens d'origine licite du condamné quelle qu'en soit la nature du bien, meuble ou immeuble, divis ou indivis.

Mesures de traitement, d'éducation, de postcure, de réadaptation et de réintégration sociale. Le régime de lutte contre la production et l'usage des stupéfiants a été clairement établi à l'article 36 de la Convention de 1971 qui autorise les parties à prendre des mesures de traitement, d'éducation, de postcure, de réadaptation et de réintégration sociale des personnes utilisant de façon abusive des stupéfiants en infraction, uniquement, ou en complément.

La Convention, en prévoyance contre l'abus de stupéfiants, stipule en son article 38 que les Parties envisageront avec une attention particulière l'abus des stupéfiants et prendront toutes les mesures possibles pour le prévenir et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées; qu'elles coordonneront leurs efforts à ces fins. La convention dispose également que les Parties favoriseront, autant que possible, la formation d'un personnel pour assurer le traitement, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes qui abusent de stupéfiants. Enfin, la convention a prévu des mesures de préventions en disposant que les Parties pourront prendre toutes les mesures possibles pour aider les personnes qui en ont besoin dans l'exercice de leur profession à acquérir la connaissance des problèmes posés par l'abus des stupéfiants, et qu'elles développeront aussi cette connaissance dans le grand public s'il y a lieu de craindre que l'abus de ces stupéfiants ne se répande très largement.

¹³ Voir aussi Code Pénal, article 439 et suivants

En application de cette disposition, le code des Drogues du Burkina dispose en son article 72 en ce qui concerne les toxicomanes, que lorsque ceux-ci font l'objet d'une condamnation, le tribunal peut en remplacement ou complément de la peine, prononcer des mesures de traitement ou de soins appropriés à leur état. Les modalités de mise en œuvre de cette disposition au terme du même article devraient être précisées par un texte réglementaire.

En plus de cette mesure, le décret n° 93-231/PRES/PM du 26 juillet 1993 a institué un Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD) au Burkina Faso et le décret n° 2004-359/PRES/SECU/MS du 17 Aout 2004 a fixé ses attributions, sa composition et son fonctionnement. Aux termes dudit décret, le CNLD a pour attribution entre autres de veiller à l'application des traités internationaux auxquels le Burkina Faso est partie prenante en matière de stupéfiants et de substances psychotropes ; d'étudier toutes les questions nationales et internationales relatives à la culture, à la production, à la fabrication, au commerce licite ou illicite, à la répression du trafic illicite de stupéfiants et substances psychotropes ainsi et surtout de se pencher sur les problèmes médico-sociaux posés par la prévention et le traitement de la toxicomanie.

En somme, on peut noter que le Burkina Faso dispose d'un cadre juridique soucieux du phénomène de la consommation des stupéfiants, comme un fléau ; en témoignent la ratification des conventions internationales en la matière, et l'adoption de dispositions juridiques nationales. Toutefois des insuffisances demeurent notoires, pouvant engendrer d'autres conséquences néfastes du fait du régime juridique à connotation fortement répressive.

3. Des insuffisances du dispositif juridique et institutionnel en lien avec le VIH

D. Non prise en compte des procédures d'accès aux soins par les toxicomanes

Force est de noter que les efforts fournis par le Burkina Faso en matière de lutte contre la consommation illégale des stupéfiants sont surtout d'ordre répressifs, le volet social tarde à être mis en œuvre. En effet, ni le Code Pénal, ni le Code de santé public, ni le Code des Drogues ne prévoient pas de procédures d'accès aux soins par les toxicomanes. Les textes se contentent seulement de prescrire la possibilité pour le juge d'opter pour des mesures de traitement ou de soins appropriés à leur état lorsque ceux-ci font l'objet d'une condamnation pénale. En outre la loi reste silencieuse sur les modalités pratiques de mise en œuvre de l'injonction thérapeutique qui n'y sont pas définies. En d'autres termes le Code des drogues ne précise pas le débiteur de cette obligation, il se contente seulement d'énoncer en son article 72 au dernier alinéa, qu'un acte réglementaire viendra préciser les modalités pratiques de mise en œuvre de cette disposition d'assistance aux toxicomanes. En d'autres termes cette possibilité bien que prévu par la législation n'est quasiment pas mise en œuvre sans aussi pour autant qu'on puisse situer exactement la responsabilité.

Pourtant cette situation de vide réglementaire influe négativement sur l'accessibilité aux soins et traitement des personnes en besoin notamment dans le contexte du VIH qui nous intéresse ici et où la pratique n'est pas négligeable.

E. Impact juridique sur les mesures de prévention et de prise en charge du VIH

Le refus de recours aux services juridiques. La connotation très répressive de la lutte contre les stupéfiants aiguise la peur même de se déclarer alors que le silence reste une entrave fondamentale aux efforts de prévention et de prise en charge des PVVIH. En effet, la perception du VIH comme « maladie mortelle » ou « maladie honteuse » entraîne à priori chez les personnes victimes la culture d'autres pratiques pouvant selon elles les soulager ou les amener à pouvoir supporter leur situation.

C'est ainsi que bien de malades s'adonnent à l'alcool, la prise régulière de certains produits prohibés tels les drogues et finissent par être dépendants. La personne malade dans cette situation a tendance à souvent valoriser sa drogue au détriment de sa propre santé. Pire, les personnes ancrées dans cette pratique, de peur de la répression¹⁴ ont tendance souvent à s'auto-stigmatiser pour éviter d'être dénoncés auprès des autorités en charge de la répression. Pour se faire, elles ont tendance à fuir les services juridiques lorsqu'elles sont victimes de pratiques de stigmatisation ou de discrimination liées à leur statut sérologique ou à leur situation de toxicomane, à se résigner dans leur situation remettant en cause fondamentalement l'accès à la justice et aux autres droits humains.

C'est pourquoi, il convient de se pencher sérieusement sur le volet social de la lutte contre la consommation des stupéfiants telle que recommandée par les conventions internationales en la matière et énoncée dans le code des Drogues.

La toxicomanie, un fait justificatif ou une cause de non imputabilité ? Dans une situation de toxicomanie, la probabilité d'entretenir des relations sexuelles à risque et la possibilité de transmettre le VIH restent une évidence sans qu'on ne puisse souvent évoquer une responsabilité entière du toxicomane. En effet, selon certaines opinions, la toxicomanie se rapproche de la démence et pourrait constituer une cause de non imputabilité tel que le relève le code pénal en ces termes : « Il n'y a ni crime, ni délit, ni contravention lorsque l'auteur était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister... »¹⁵.

Ainsi, tout trouble entraînant une abolition des facultés intellectuelles, qui empêcherait la personne d'effectuer consciemment l'infraction pourrait être considéré par le juge comme une cause de non imputabilité, qu'il s'agisse de troubles durables ou non, l'acte aura été commis par défaut de discernement. Ainsi, « n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ». Mais cela reste à l'appréciation des juges. La toxicomanie loin d'être un fait justificatif, peut être une cause partielle de non imputabilité et c'est pourquoi, la loi prescrit des mesures de soins et d'internement pour les personnes sanctionnées de ce fait.

Toute cette argumentation aboutit à l'assertion selon laquelle les personnes toxicomanes peuvent être non seulement exposées au VIH et être des vecteurs de transmission, sans pour autant engager à proprement parler leur responsabilité. C'est pourquoi, il serait important que la réglementation concernant leur prise en charge au sein des services de soins adaptés à leur situation, puisse être un atout dans la lutte contre le VIH/Sida au Burkina Faso.

¹⁴ Article 445 al. 2 du code Pénal : La peine est l'emprisonnement de trois à six mois et l'amende de 150.000 à 300.000 francs ou l'une de ces deux peines seulement pour quiconque de manière illicite, fait usage, détient ou acquiert des stupéfiants en vue de sa consommation personnelle....

¹⁵ Article 73 du code pénal Burkina Faso

3^{ème} Partie

Projet ETUDES : Résultats des Enquêtes & Analyse Situationnelle



1. Données sociodémographiques

A. Âge et sexe des personnes enquêtées

Au total, nous avons pu réaliser quatre-vingt-six (86) entretiens individuels, auprès de quarante-sept (47) hommes et de trente-neuf (39) femmes.

Bien entendu, cela ne reflète pas la répartition par sexe dans chaque population-cible : les travailleuses du sexe (TS) étaient toutes des femmes ou des jeunes filles, de même qu'une majorité des personnes vivant avec le VIH (PvVIH). A l'inverse, les artistes, les détenus et les usagers de drogues (UD) en population générale étaient majoritairement des hommes.

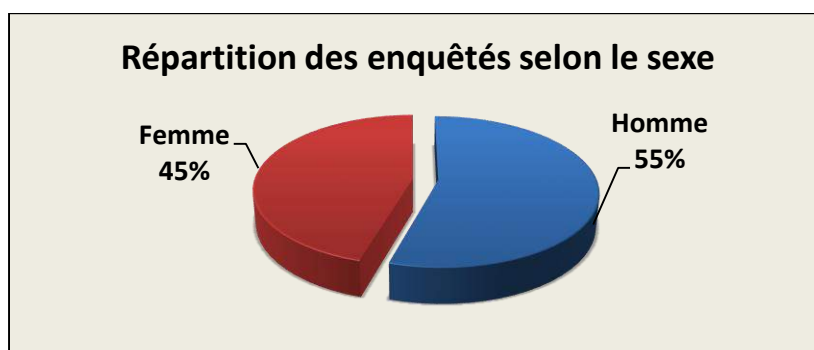


Figure 2 : Répartition des enquêtés selon le sexe

La moyenne d'âge des personnes enquêtées en entretiens individuels, est de 29,1 ans. L'âge moyen varie peu selon les populations-cibles, en dehors des TS qui apparaissent sensiblement plus jeunes (23,7 ans en moyenne) :

Population-cible	Moyenne d'âge (n=86)
Personnes vivant avec le VIH (PV)	27,9
Travailleuses du sexe (TS)	23,7
Usagers de drogues en population générale (UD)	31,1
Professionnels du milieu artistique (AR)	31,8
Détenus de la MACO (DE)	31,0

Tableau 2 : Moyenne d'âge des personnes enquêtées

B. Situation professionnelle des personnes enquêtées

Situation professionnelle	Nombre (n=86)	% Général	PV	TS	UD	AR	DE
<input type="checkbox"/> Elève ou étudiant	2	2%	0%	0%	12%	0%	0%
<input type="checkbox"/> En formation professionnelle	2	2%	5%	0%	0%	0%	8%
<input type="checkbox"/> Employé ou travailleur	25	29%	33%	11%	47%	0%	62%
<input type="checkbox"/> A la recherche d'un emploi	15	17%	43%	5%	18%	0%	15%
<input type="checkbox"/> Artiste	19	22%	10%	0%	6%	100%	0%
<input type="checkbox"/> Retraité	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<input type="checkbox"/> Autre	23	27%	10%	84%	18%	0%	15%

Tableau 3 : Situation professionnelle des personnes enquêtées

La situation professionnelle des personnes enquêtées reflète probablement plus le choix des populations-cibles que le profil professionnel des usagers de drogues au Burkina Faso. Cela explique la surreprésentation des artistes (22%) et des TS (27%) parmi les enquêtés. Concernant les autres populations-cibles, la plupart sont employé/travailleurs (29%) ou à la recherche d'un emploi (17%).

C. Situation professionnelle des parents

Contrairement à la situation professionnelle des enquêtés, celle de leurs parents reflète le contexte socio-économique du Burkina Faso. Ainsi, les catégories professionnelles les plus représentées chez les pères de famille sont les agriculteurs (17%), les retraités (16%), les commerçants (16%) et les fonctionnaires (16%). Quant aux mères de famille, elles sont majoritairement ménagères/femmes au foyer (49%) ou commerçantes (22%). Il convient de souligner qu'une forte proportion des parents est décédée (catégorie « autres »), respectivement 23% des pères et 15% des mères.

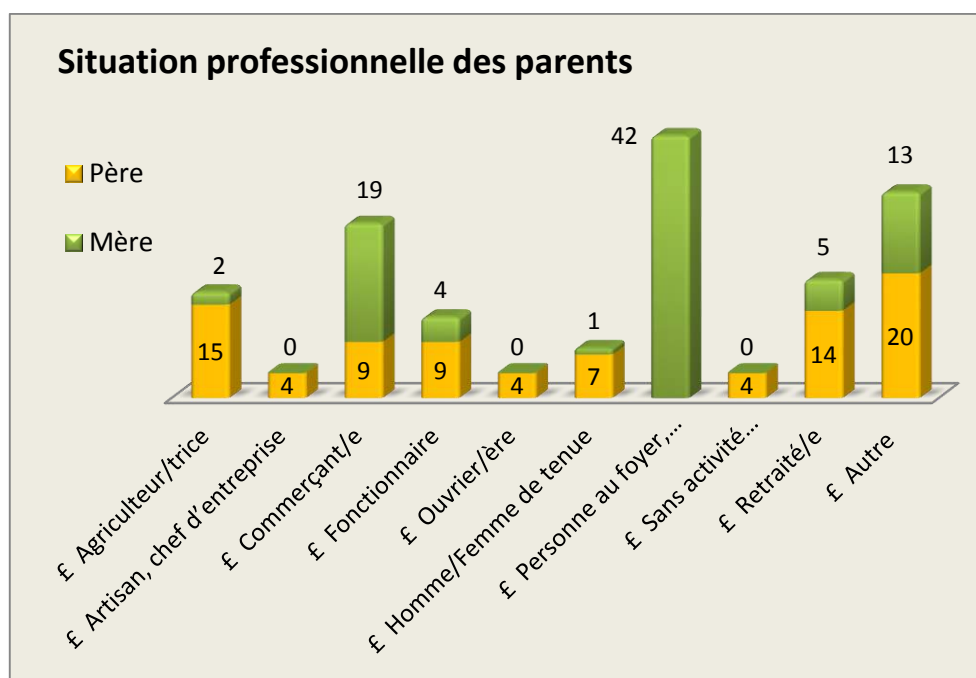


Figure 3 : Situation professionnelle des parents des personnes enquêtées

Situation professionnelle	Père (n=86)		Mère (n=86)	
<input type="checkbox"/> Agriculteur/trice	15	17%	2	2%
<input type="checkbox"/> Artisan, chef d'entreprise	4	5%	0	0%
<input type="checkbox"/> Commerçant/e	9	10%	19	22%
<input type="checkbox"/> Fonctionnaire	9	10%	4	5%
<input type="checkbox"/> Ouvrier/ère	4	5%	0	0%
<input type="checkbox"/> Homme/Femme de tenue	7	8%	1	1%
<input type="checkbox"/> Personne au foyer, ménagère	0	0%	42	49%
<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	4	5%	0	0%
<input type="checkbox"/> Retraité/e	14	16%	5	6%
<input type="checkbox"/> Autre	20	23%	13	15%

Tableau 4 : Situation professionnelle des parents des personnes enquêtées

A. Situation matrimoniale des personnes enquêtées

De manière générale, les ¾ des personnes enquêtées étaient célibataires (73%) :

Situation matrimoniale	Nombre (n=86)	% Général
<input type="checkbox"/> Célibataire	63	73%
<input type="checkbox"/> Concubinage	7	8%
<input type="checkbox"/> Marié	11	13%
<input type="checkbox"/> Divorcé / Séparé	2	2%
<input type="checkbox"/> Veuf / veuve	3	3%

Tableau 5 : Situation matrimoniale des personnes enquêtées

Mais comme l'indique le graphique ci-dessous, on observe de nettes différences selon les populations-cibles. Ainsi, la proportion de personnes veuves était plus élevée chez les PvVIH (10%) et les détenus de la MACO (8%), alors que celle des personnes mariées étaient la plus élevée chez les UD (24%) et les détenus (38%), et celle des concubin(e)s chez les artistes (25%).

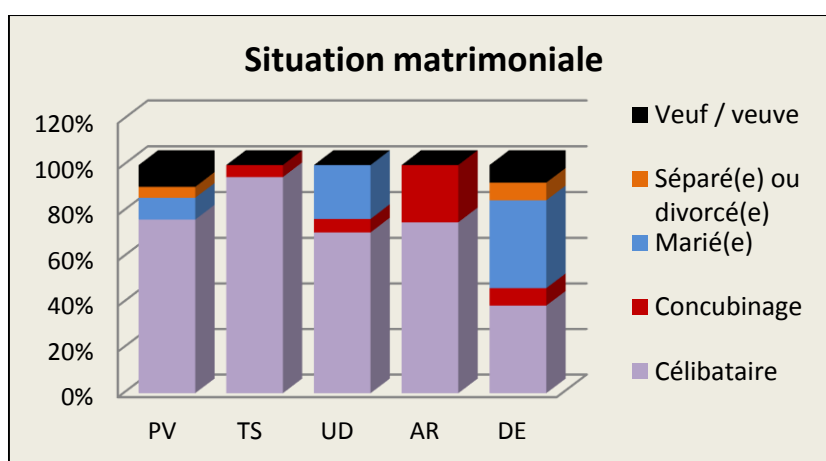


Figure 4 : Situation matrimoniale des personnes enquêtées selon les populations-cibles

B. Mode de logement des personnes enquêtées

Près des 2/3 des personnes interrogées vivent en location (63%), et seulement 28% sont propriétaire de leur logement. Cette tendance est encore plus forte chez les PvVIH et les TS (respectivement 86% et 95% sont locataires). La proportion de propriétaire est la plus forte chez les UD (59%).

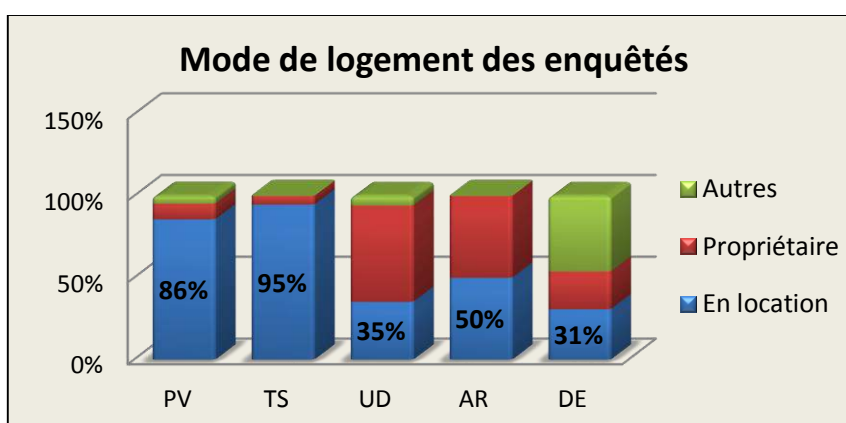


Figure 5 : Mode de logement des personnes enquêtées

Les détenus étaient interrogés sur leur mode de logement à l'extérieur de la MACO, avant leur arrestation ou en prévision de leur sortie de prison. Le nombre important de réponse « autre » chez les détenus (46%) s'explique donc largement par le fait que certains d'entre eux ne savent pas où ils logeront à leur sortie de prison.

2. Parcours personnel avec le tabac, l'alcool et les drogues

A. Consommation de tabac

Les personnes enquêtées ont quasiment toutes déjà fumé du tabac au moins une fois dans leur vie (93%), quelles que soient les populations-cibles :

Au cours de votre vie, avez-vous déjà fumé du tabac ?		% Général (n=86)	PV	TS	UD	AR	DE
<input type="checkbox"/> Oui	80	93%	95%	100%	94%	94%	77%
<input type="checkbox"/> Non	6	7%	5%	0%	6%	6%	23%

Tableau 6 : Consommation de tabac au cours de la vie des personnes enquêtées

L'âge moyen de la première cigarette est de 17,8 ans. Il est légèrement inférieur à 15 ans chez les PVVIH et les travailleuses du sexe :

Age moyen de la première cigarette	Moyenne générale	PV	TS	UD	AR	DE
Âge moyen	17,8	14,8	14,5	15,1	26,9	17,7

Tableau 7 : Âge moyen de la première cigarette chez les personnes enquêtées

Seuls 3% de ceux qui ont déjà consommé du tabac ont cessé de fumer au moment des enquêtes. On observe que la proportion des personnes fumant plus de 10 cigarettes par jour, est particulièrement élevée chez les PVVIH (86%), les TS (74%) et les artistes (65%). Elle est nettement plus faible chez les détenus, sans doute parce que l'approvisionnement est plus difficile en prison qu'à l'extérieur de la prison et dépend beaucoup des visites de l'entourage, et que les revenus des détenus sont limités. Quoiqu'il en soit, ces chiffres semblent confirmer la forte corrélation entre le tabagisme et la consommation de drogues.

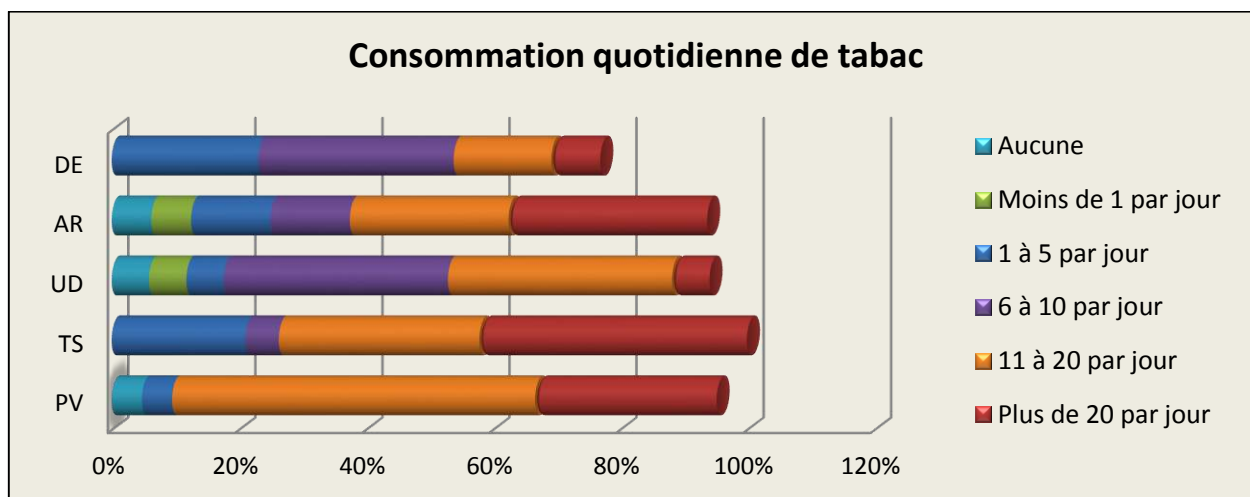


Figure 6 : Consommation quotidienne de tabac chez les personnes enquêtées

B. Consommation d'alcool

Comme pour le tabac, la consommation d'alcool semble corrélée de manière importante à l'usage de drogues. 83% des personnes enquêtées ont ainsi déjà bu de l'alcool au moins une fois dans leur vie, et 90% d'entre eux continuent de consommer de l'alcool à ce jour.

Au cours de votre vie, avez-vous déjà bu de l'alcool ?	Nombre (n=86)	% Général	PV	TS	UD	AR	DE
<input type="checkbox"/> Oui	71	83%	81%	100%	94%	88%	38%
<input type="checkbox"/> Non	15	17%	19%	0%	6%	13%	62%

Tableau 8 : Consommation d'alcool au cours de la vie des personnes enquêtées

Le graphique suivant indique que cette corrélation est très marquée chez les travailleuses du sexe (52% des TS boivent de l'alcool presque tous les jours ou quotidiennement). La consommation d'alcool est également très importante chez les PvVIH (29% d'entre elles boivent presque tous les jours) et chez les artistes (24% boivent presque chaque jour).

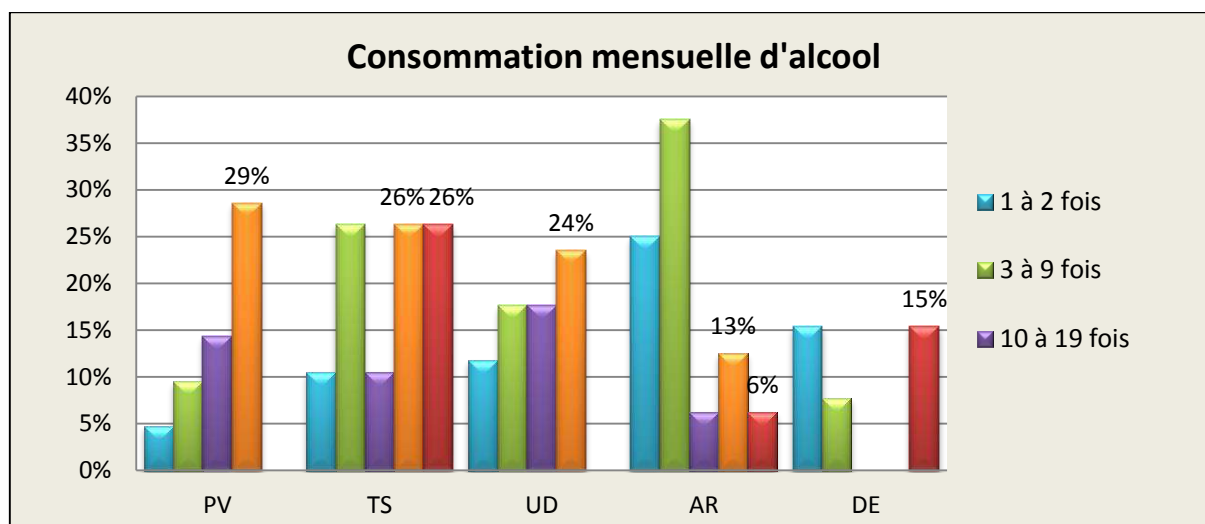


Figure 7 : Consommation mensuelle de tabac chez les personnes enquêtées

Le fait que 15% des détenus déclarent consommer quotidiennement de l'alcool, confirme le contournement du règlement intérieur de la MACO par les détenus. En effet, l'alcool est interdit dans l'enceinte de la prison, mais circule néanmoins à travers les visiteurs extérieurs et les gardiens de sécurité pénitentiaire (GSP). Selon un GSP interrogé, l'alcool serait ainsi reversé dans des bidons d'huile ou d'eau par les GSP, qui les revendraient de cette façon aux détenus (les bouteilles d'alcool ne pouvant pas franchir les contrôles effectués à l'entrée de la MACO).

Le tableau ci-dessous permet d'observer que 1/4 des personnes enquêtées ont été ivres plus de 10 fois au cours des 12 derniers mois (16% le seraient tous les jours chez les TS, 5% chez les PvVIH) :

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été ivre en buvant de l'alcool ?	Nombre (n=71)	% Général	PV	TS	UD	AR	DE
<input type="checkbox"/> Jamais	16	19%	24%	16%	29%	13%	8%
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 fois	14	16%	24%	5%	24%	13%	15%
<input type="checkbox"/> Entre 3 et 9 fois	20	23%	14%	37%	18%	31%	15%
<input type="checkbox"/> Entre 10 et 19 fois	17	20%	14%	26%	24%	31%	0%
<input type="checkbox"/> Presque tous les jours	4	5%	5%	16%	0%	0%	0%
<input type="checkbox"/> Tous les jours	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Tableau 9 : Fréquence de l'ivresse au cours des 12 derniers mois chez les personnes enquêtées

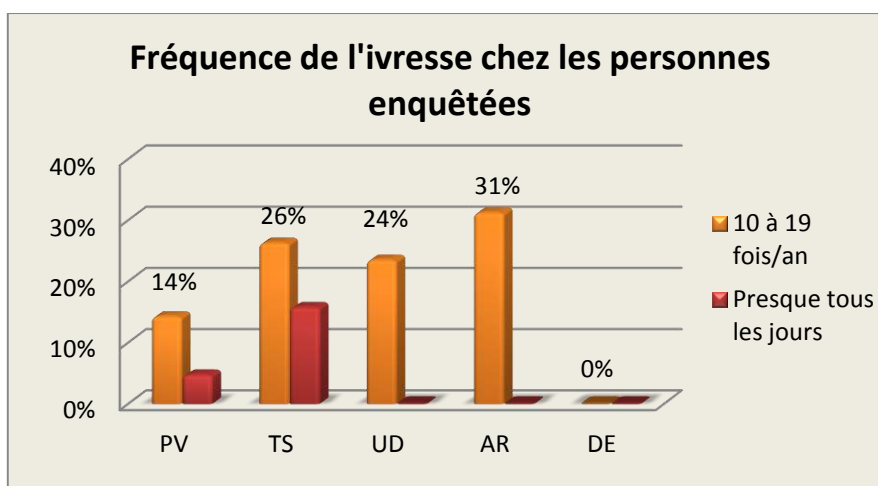


Figure 8 : Fréquence de l'ivresse au cours des 12 derniers mois chez les personnes enquêtées

C. Types de produits consommés

Les produits consommés au moins une fois dans leur vie par les personnes enquêtées, sont ceux généralement relevés dans la littérature internationale et identifiés par les études du Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD) au Burkina Faso. Nos enquêtes confirment également la prépondérance du cannabis (98% des personnes interrogées) et des amphétamines (45%) et dans une moindre mesure des produits à inhaler du type solvants et colle (19%).

Sans doute plus surprenant au regard des données publiées, qui évoquent généralement une faible circulation et/ou consommation de ces produits, 35% des personnes enquêtées ont déjà consommé du crack, et 19% d'entre elles ont déjà consommé de la cocaïne :

Avez-vous déjà pris un des produits suivants au cours de votre vie ?	Nombre/pourcentage général (n=86)				Moyenne âge
	Oui	%	Non	%	
– Cannabis (haschich, joint, herbe, shit)	84	98%	2	2%	18,9
– Médicaments pour les nerfs, pour dormir	20	23%	66	77%	14,2
– Produits à inhaler/sniffer (colle, solvant)	16	19%	70	81%	13,8
– Amphétamines	39	45%	47	55%	20,7
– Crack (« cristal »...)	30	35%	56	65%	18,2
– Cocaïne (« blanche »...)	16	19%	70	81%	18,0
– Héroïne (« brune »...)	7	8%	79	92%	20,5
– Autre produit/préparation	7	8%	79	92%	10,0

Tableau 10 : Type de produits consommés au cours de leur vie par les personnes enquêtées

Il convient toutefois de noter que de fortes disparités existent selon les populations-cibles de nos enquêtes. Ainsi, les quatre (4) produits les plus consommés au moins une fois dans leur vie par les PvVIH sont le cannabis (100% des enquêtés), les amphétamines (71%), le crack (62%) et les anxiolytiques ou antidépresseurs (43%).

Soulignons cependant que 24% des PvVIH interrogées ont déjà consommé de la cocaïne, et que 19% ont déjà essayé au moins une fois d'inhaler un produit du type solvant ou colle à pneu :

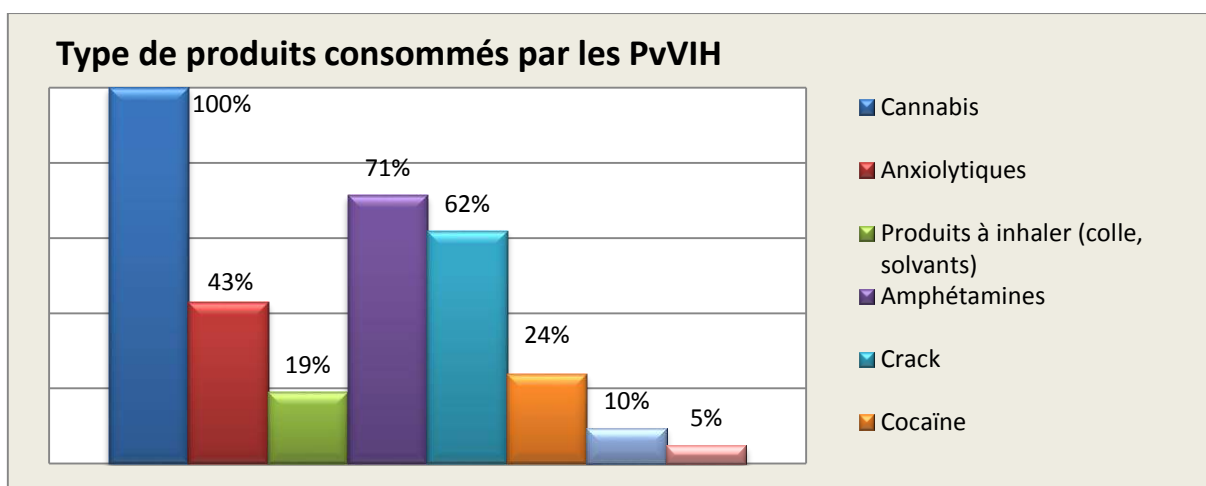


Figure 9 : Type de produits consommés au cours de leur vie par les Personnes vivant avec le VIH

Comme le montre le graphique ci-après, 100% des travailleuses du sexe enquêtées ont déjà fumé du cannabis, et environ 1/3 d'entre elle ont déjà consommé des anxiolytiques ou des antidépresseurs, des produits à inhaler, des amphétamines, du crack ou de la cocaïne :

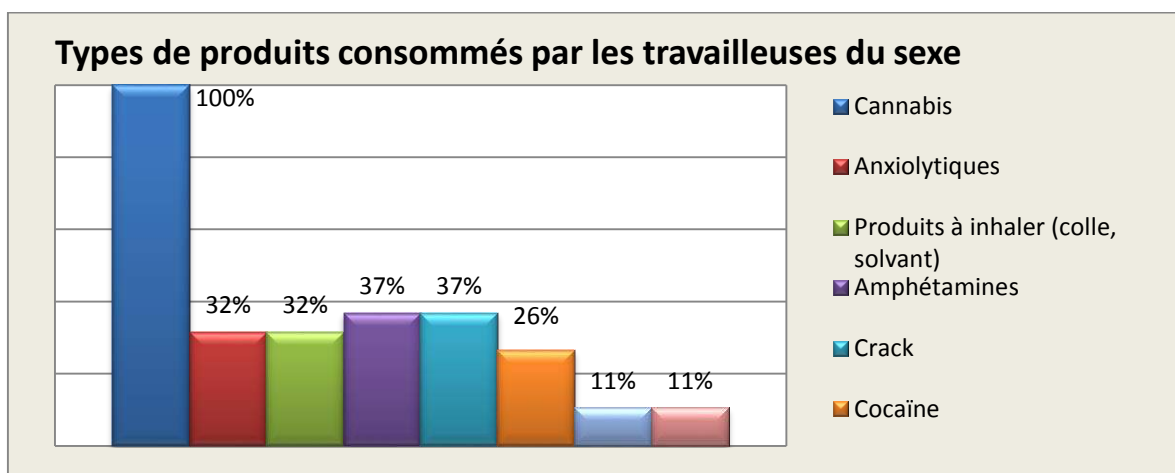


Figure 10 : Type de produits consommés au cours de leur vie par les travailleuses du sexe

Chez les usagers de drogues en population générale, on retrouve essentiellement des consommateurs de cannabis, mais ¼ d'entre eux ont également déjà consommé des amphétamines. La consommation d'autres types de drogues apparaît nettement plus marginale que chez les PvVIH et les travailleuses du sexe :

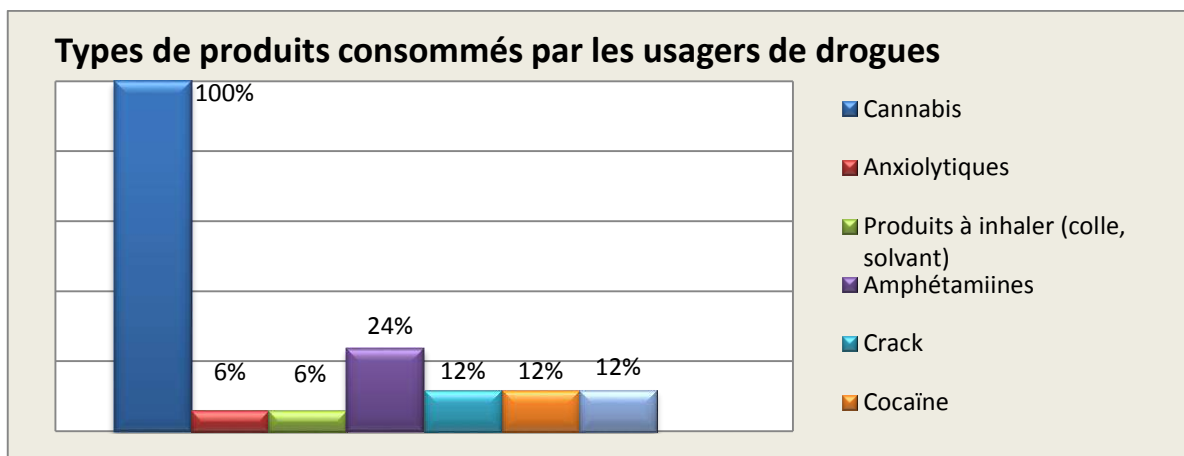


Figure 11 : Type de produits consommés au cours de leur vie par les usagers de drogue en population générale

On observe chez les artistes une propension assez forte à se tourner vers des produits aux effets plus « durs ». Certes, 88% des artistes interrogés ont déjà fumé du cannabis et 75% des amphétamines, mais surtout, 38% ont déjà consommé du crack, 31% des produits à inhaler et 25% de la cocaïne :

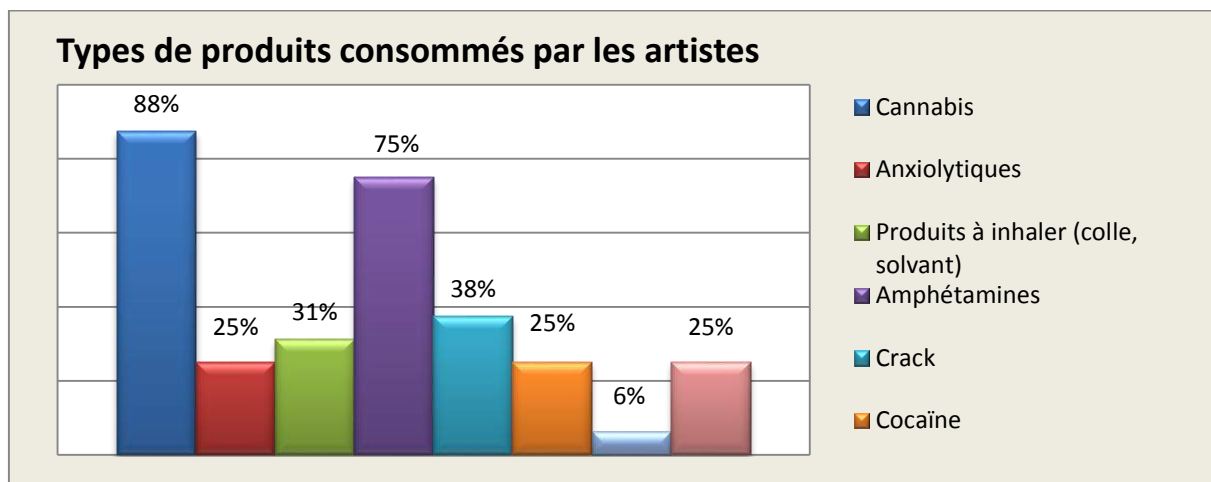


Figure 12 : Type de produits consommés au cours de leur vie par les artistes

Les résultats obtenus lors de la collecte des données en milieu carcéral est très nettement différentes de ceux décrits plus haut dans les autres groupes-cibles de nos enquêtes. 100% des détenus interrogés à la MACO ont déjà consommé du cannabis, mais seuls 15% admettent avoir consommé du crack et 8% des amphétamines. Aucun n'aurait consommé des anxiolytiques ou des antidépresseurs, des produits à inhaler, de la cocaïne, de l'héroïne ou toute autre sorte de produit.

Ces résultats peuvent en grande partie s'expliquer par les conditions de déroulement des enquêtes à la MACO. En effet, nous avons pu identifier les participants potentiels à cette étude à travers la liste des personnes déférées en prison à Ouagadougou pour consommation, possession ou trafic de drogues par les autorités judiciaires (cette liste nous ayant été délivrée grâce à la collaboration administrative et technique la Direction Générale des Affaires Pénitentiaires, du régisseur de la MACO et du Ministère de la Justice). Or, il s'est avéré que certains des détenus figurant sur cette liste n'avaient pas encore été jugés au moment des enquêtes, et pouvaient donc se montrer réticents à admettre des faits prohibés par la loi en l'attente de leur procès, de peur que ces informations puissent d'une manière ou d'une autre être ajoutées à leur dossier d'inculpation. Il se peut donc que cette situation ait biaisé une partie des informations collectées, du moins pour certaines des questions abordées au cours des entretiens individuels, et les données présentées ici et concernant les détenus de la MACO, sous-estiment peut-être la situation réelle dans l'enceinte de la prison.

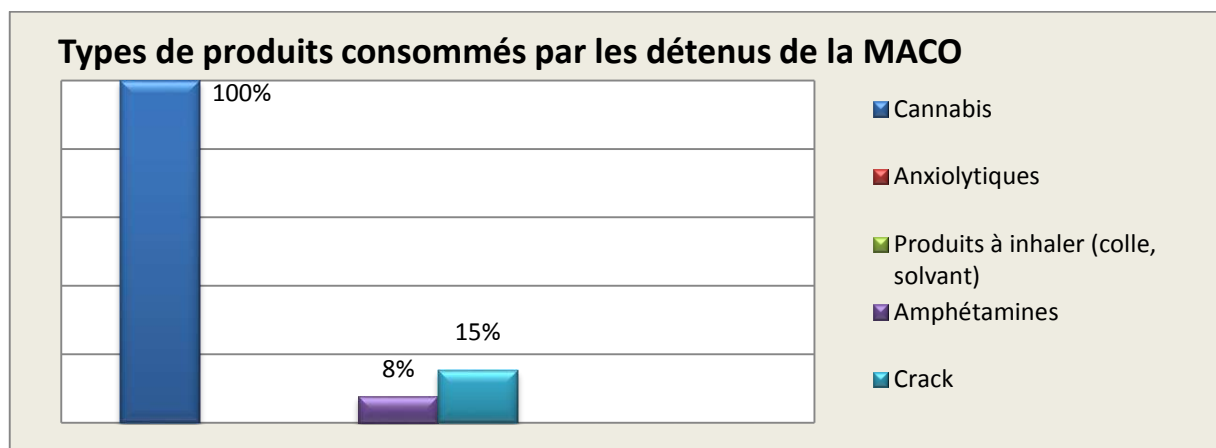


Figure 13 : Type de produits consommés au cours de leur vie par les détenus de la MACO

Concernant spécifiquement la consommation d'héroïne parmi les personnes enquêtées, elle semble confirmer la moindre circulation/consommation de ce produit au Burkina Faso au regard des autres drogues. Néanmoins, nous constatons que la consommation d'héroïne existe dans tous les groupes-cibles enquêtés à l'exception des détenus de la MACO. Elle pourrait donc, potentiellement, être plus importante que ne l'affirment les publications officielles :

Groupe-cible	PV	TS	UD	AR	DE
% de personnes ayant déjà consommé de l'héroïne	10%	11%	12%	6%	0%

Tableau 11 : Pourcentage d'héroïnomanes chez les personnes enquêtées et par population-cible

Il est intéressant ici d'observer les réponses à une question ouverte posée aux personnes enquêtées : Si vous avez déjà consommé un de ces produits, comment cela s'est passé la première fois ? Il était en effet demandé aux enquêteurs de relever le lieu, la situation, les motivations, ainsi que les termes utilisés pour évoquer les produits. Nous produisons ici quelques-uns des témoignages les plus illustratifs de cette « première fois ». Ces témoignages illustrent tout autant l'influence de l'entourage immédiat, l'importance de l'effet d'imitation des individus vis-à-vis d'autres individus ou d'une communauté à laquelle ils souhaitent appartenir, que le choc traumatique de l'annonce d'une sérologie positive au VIH (les données collectées au cours des focus-group sont semblables à celles des entretiens individuels) :

- ✓ « Cela s'est passé à Bobo-Dioulasso lors d'une sortie avec des amis que je voyais prendre du cannabis au quartier. Ils m'ont dit d'essayer, en disant que c'était bon, que ça faisait rêver et que ça donnait du tonus et des idées. Donc, j'ai essayé et effectivement, je me suis sentie bizarre, différente et très joviale. Ce qui m'a aussi encouragé, c'est que ça se fumait en secret. C'est comme ça que j'ai commencé à fumer le Gandja avec de la musique rasta ». (UD-05)
- ✓ « Pendant les vacances, j'étais avec un tonton qui fumait le cannabis, c'était à la maison. Juste 2 ou 3 "taffes". Ça ne m'a pas rendu homme, mais ça m'a rendu sévère, sérieux et plus réfléchi. J'ai augmenté progressivement les doses car cela me stimule pour le travail et me donne l'inspiration artistique ». (AR-16)
- ✓ « J'étais vendeur de drogues, et mes clients qui viennent acheter sont fumeurs de drogue. C'est eux qui testaient mes produits pour voir si mes produits étaient de bonne qualité ou pas. Or, ces gens sont partis et m'ont laissé, je n'avais plus personne pour contrôler la qualité. Alors je me suis moi-même lancé dedans. En plus, j'avais des dettes de plus de 1.000.000 de francs CFA et j'étais harcelé par mon créancier. C'est là qu'un collaborateur m'a proposé la vente de la drogue. Après avoir épongé la première dette, j'ai pris un prêt avec quelqu'un et les affaires marchaient, les clients venaient. Mais ensuite ma copine m'a dénoncé ». (DE-06)
- ✓ « C'était à Pissy, je vivais avec une amie qui sortait la nuit comme moi. Elle a remarqué que je ne sortais plus, [que je ne travaillais plus], et elle s'inquiétait pour moi, c'est là que je lui ai dit que c'était les ARV qui me mettaient dans cet état, et que les médecins me disaient que c'était normal. Le même soir, elle m'a donné de l'herbe de fumer, puis ça m'a soulagé et c'est depuis ce jour que je consomme de l'herbe ». (PV-03)
- ✓ « C'est à Yop-City [quartier de Yopougon à Abidjan, en Côte d'Ivoire] quelque mois après l'annonce de mon statut sérologique. Mes parents sont morts de ça [du VIH], mais je croyais que c'était par les grandes personnes ou les prostituées qu'on attrapait le sida. Donc le jour de l'annonce, j'ai décidé de tout gâter. Je connaissais des gens qui consommait, comme on disait que le sida c'est pour les prostituées et les drogués, or moi j'étais vierge donc je suis rentrée dans le mouvement ». (PV-07)
- ✓ « C'était à Dapoya, après le décès de mes parents, on m'a confié à mon cousin qui abusait de moi chaque nuit. J'avais 14 ans, et je ne pouvais pas en parler car je ne savais pas où aller, mes parents ont tout vendu pour se soigner. Un jour la femme de mon cousin a découvert [que j'étais infectée] et elle m'a mise à la porte. C'est comme je me suis retrouvée dans la rue et dans la drogue ». (TS-02)

- ✓ « J'ai accompagné mon frère une fois ; il a vécu au Ghana. Ce jour-là, il a fumé devant moi. J'ai pris le tabac [le cannabis] et je lui ai dit que son tabac ne valait rien puisque moi, je prenais déjà l'alcool, les liqueurs. Finalement j'ai essayé et ça m'a plu ». (focus UD)
- ✓ « C'était à Abidjan, je travaillais chez un Blanc comme bonne. Chaque fois il prenait de la drogue, et en 10 minutes il devenait une autre personne. Un jour j'ai eu le courage de lui demander pourquoi. Il m'a dit que c'était médicament et m'en a donné. J'ai dormi toute la journée. C'est comme ça que je suis rentrée dans le milieu. Même pas une semaine après, on a commencé à sortir ensemble ». (TS-03)
- ✓ « Je devais sortir en soirée avec un ami du quartier. Ce jour-là, il sentait l'odeur de la drogue. J'ai voulu fumer pour être violent. J'aime me faire voir. Je lui ai demandé de me passer la drogue mais mon ami n'a pas voulu. J'ai dû insister. Voyant mon insistance, il a cédé et nous sommes sortis fumer. Après je me sentais à l'aise, je suis devenu tranquille malgré l'alcool. Ça m'a beaucoup plu ». (mapping UD)

Le tableau suivant fait la synthèse des termes utilisés par les personnes enquêtées pour désigner les produits consommés :

Produits	Termes utilisés par les personnes enquêtées
Cannabis	« haschich », « joint », « herbe », « shit », « weed », « ganja », « chanvre indien », « herbe de sagesse », « Yamba », « ficelle », « tabac », « tiim », « la jalouse », « gouf », « Voulvanka », « mali », « missile », « yir », « Zogo »
Médicaments pour les nerfs, pour dormir	Antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères, « tiim kont goimd », Diazépam®, Lorazepam®, Prométhazine®
Produits à inhaler/sniffer	Colle à rustine, solvants, laques pour cheveux, eau de Javel, « dissolution »
Amphétamines	« bleus-bleus », « G14 »/« M14 », « M10 », « tiim », « ecstasy », « grand-mère joue au ballon », « guinée », « action », « mamie-tof », « comprimés », « 05 », « 04 »
Crack	« caillou », « pao », « sel », « diamant », « cristal »
Cocaïne	« blanche », « poudre », « neige », « coco », « cok »
Héroïne	« brune », « cheval », « héro », « brown sugar », « sucre », « blanche », « Jeanne d'Arc »
Autres produits non identifiés*	« Kondi-kondi », « yen-ho », « yamb-ram tè-ka », « chaud-chaud », « Btana », « Kouna »

*Selon les explications des usagers, il s'agissait de plantes fumées mais que nous n'avons pas pu identifier avec certitude comme étant du cannabis, ou de médicaments vendus dans la rue ou les marchés, mais que nous ne pouvions classer ni comme anxiolytiques/antidépresseurs, ni comme amphétamines.

Tableau 12 : Termes utilisés par les personnes enquêtées pour désigner les différentes drogues

La perception de la notion de drogue varie le plus souvent en fonction des effets provoqué par le produit consommé. Un des participants aux focus group déclare « la drogue c'est ce qui fait que l'homme ne sait plus ce qu'il fait, il ne contrôle plus ses actes ». Un autre renchérit, en expliquant que « les bleu-bleu [les amphétamines] sont des drogues parce que ceux qui les prennent ne savent pas ce qu'ils font. Ils ne réfléchissent plus, ils ne se contrôlent plus ». Ainsi, les qui ont un caractère destructeur de l'organisme et entraînent une forte dépendance au produit sont immédiatement associés à la notion de drogue : « La dissolution [colle ou solvant inhalés] est une drogue forte. Tu ne peux pas dépasser trois ans si tu prends dissolution. Elle détruit l'organisme » ; « La cocaïne est une drogue forte, elle n'est pas bonne. Celui qui la prend va divaguer, ça fait pitié. Tu deviens dépendant d'elle ».

Selon cette logique, de nombreux fumeurs de cannabis estiment que ce produit n'est pas une drogue : « Pour moi, le joint n'est pas une drogue. Tout ce qui est drogue dépasse la force de l'homme. Or la Gandja

réveille mes sens. Elle permet d'être calme et intelligent » ; « Elle soigne, ça amène la vie. Je deviens lucide si je fume, je bosse bien. Elle ne noie pas mes idées. La Gandja me rend relaxe ».

Cette distinction selon les effets des produits amènent de nombreux répondants à considérer que « chaque individu a sa drogue », et que le café par exemple pour certains, ou le tabac et la cigarette pour d'autre, peuvent être des drogues. Il est ainsi intéressant de souligner que les participants aux focus-groups et aux séances de mapping affirment presque unanimement que le tabac et l'alcool devraient être considérés comme des drogues, au même titre que les produits ayant fait l'objet de cette étude et considérés comme tels par les autorités burkinabè.

Lorsqu'on les interroge sur leur consommation actuelle de drogues, on constate que globalement, peu de personnes ont pu arrêter leur consommation (21% tous produits confondus). Mais cela varie nettement d'un produit à l'autre : alors que 44% de ceux qui ont déjà consommé des produits à inhaler n'en consomment plus actuellement, et 37% des consommateurs de crack, seulement 10% des fumeurs de cannabis ne fument plus à ce jour, et aucun des cocaïnomanes ou des héroïnomanes n'y sont encore parvenus.

Ces chiffres confirment donc la survenue plus rapide d'une dépendance physique et psychologique qu'entraîne la consommation de certains produits du type cocaïne ou héroïne. Ils soulignent également l'ancrage de la consommation de cannabis dans les habitudes quotidiennes des populations enquêtées.

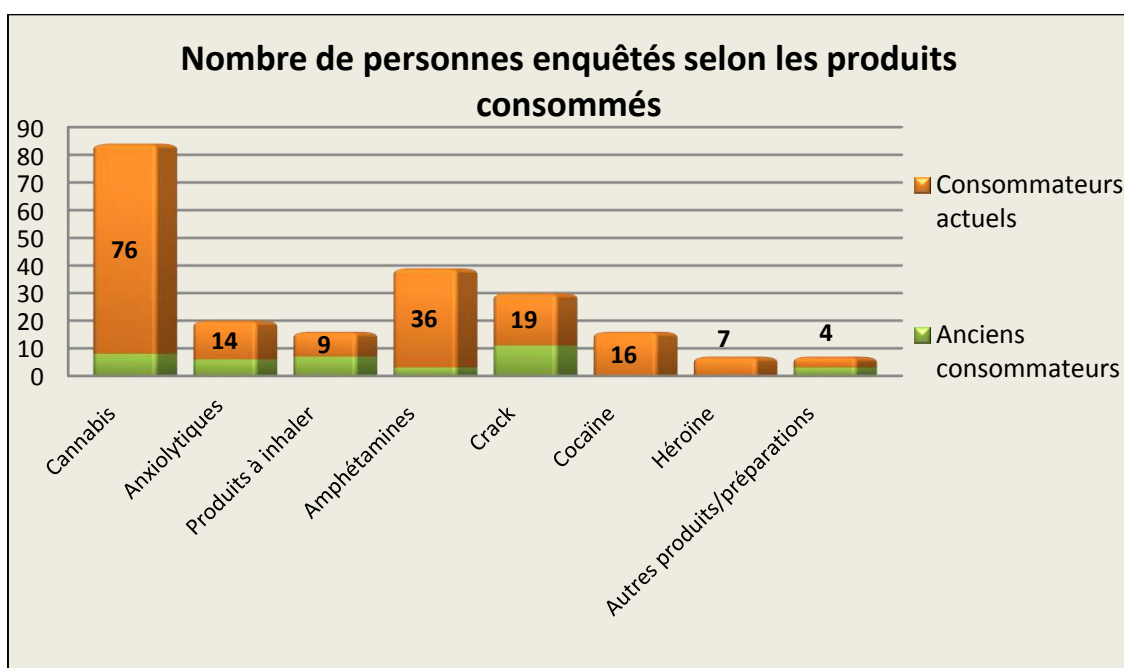


Figure 14 : Nombre de personnes enquêtées par type de produits consommés

A propos des quantités consommées quotidiennement, on observe ainsi des recours très élevés au cannabis (70% des enquêtés en consomment plus de 3 fois par jour), aux amphétamines (44%), au crack (40%) et aux produits à inhaler (25%). L'usage quotidien d'autres produits apparaît nettement plus faible :

Continuez-vous à prendre ces produits jusqu'à aujourd'hui ? (n=86)	Nombre de prises quotidiennes				
	Non	1 ou 2 fois	3 à 9 fois	10 fois et +	% > 3 fois
– Cannabis (haschich, joint, herbe, shit)	8	17	33	26	70%
– Médicaments pour les nerfs, pour dormir	6	12	2	0	10%
– Produits à inhaler/sniffer (colle, solvant)	7	5	4	0	25%
– Amphétamines	3	19	17	0	44%

– Crack	11	7	9	3	40%
– Cocaïne	0	14	2	0	13%
– Héroïne	0	6	1	0	14%
– Autre produit/préparation	3	3	1	0	14%

Tableau 13 : Types de produits consommés actuellement par les personnes enquêtées

L'analyse des informations collectées au cours des séances de mapping permet de mieux comprendre les mécanismes de circulation et d'approvisionnement des différents produits à Ouagadougou.

Ainsi, selon les personnes enquêtées lors des séances de mapping et conformément aux données déjà publiées, la plupart des produits seraient fabriqués dans divers pays de la sous-région, et seule une partie du cannabis consommé serait cultivée au Burkina Faso :

- ✓ « C'est au Ghana que ces produits sont fabriqués. Nous ne savons pas comment ils sont fabriqués, mais c'est essentiellement les drogues dures qui viennent de là-bas surtout le crack et le Gandja » ;
- ✓ « L'amphétamine est fabriquée au Niger, Nigeria et la Guinée équatoriale » ;
- ✓ « Il faut dire que le Burkina ne produit pas de la drogue comme ça. La plupart des produit n'est pas fabriquée ici mais ailleurs ».

Le circuit utilisé pour l'arrivée de ces produits sur le territoire national n'est pas connu de la majorité des personnes qui les consomment : « Nous ne savons pas comment les produits arrivent au Burkina ni par qui ». Mais selon certains participants aux séances de mapping, l'acheminement des divers produits et donc le passage des frontières se ferait principalement via des « passeurs » de nationalités étrangères :

- ✓ « Les produits arrivent ici par la fraude à travers les trafiquants et également par les transporteurs routiers » ;
- ✓ « Le système de mule n'est pas développé au Burkina ici, ce sont les chauffeurs nigériens et ghanéens qui amènent ça ici » ;
- ✓ « Aujourd'hui, le commerce de drogue est l'affaire de personnes étrangères qui exploitent les circuits de la fraude ».

Cette situation est confirmée par les autorités burkinabè, le CNLD ayant récemment, en janvier 2011, « élargi le cercle de ses partenaires en adoptant un cadre formel de collaboration avec les transporteurs routiers burkinabè [avec] pour objectif de doter les transporteurs routiers et assimilés d'outils nécessaires pour lutter efficacement contre le trafic illicite des drogues et les crimes associés, ainsi que la criminalité transfrontalière y liée ». Du point de vue du CNLD et de Christophe COMPAORE, son secrétaire permanent, « la coopération avec un secteur de la société civile chargé du transport des personnes et des biens sera fructueuse, car ce canal est beaucoup exploité par les narcotrafiquants »¹⁶.

Le circuit de vente et d'achat au niveau local apparaît en revanche nettement plus diversifié, et globalement organisé par des Burkinabè. D'une manière générale, la plupart des produits semblent circuler très facilement dans les différents milieux étudiés à Ouagadougou, et l'achat de drogues semble relativement simple à effectuer par les usagers interrogés en focus-group ou en séances de mapping :

- ✓ « En général, le cannabis est emballé dans du papier, du plastique ou des enveloppes. Nous avons un revendeur qui nous livre le produit. Il est aussi notre manager. Les prix varient, 100 F, 250 F, 500 F, etc. ». (Focus TS-03)
- ✓ « Ceux qui vendent la marchandise (la drogue) connaissent les clients et vice versa. Les clients sont ravitaillés par les vendeurs ». (Mapping UD-01)

¹⁶ « Collaborer avec les transporteurs routiers pour mieux traquer le mal », Juste PATOIN, Votre Santé n°177, mars 2011

- ✓ « 1 kg de cannabis varie entre 12 000, 15 000, 20 000, 30 000 et 35 000 F CFA. Mais les gens peuvent s'en procurer à des prix intermédiaires selon leur dose. Il y a des quantités à 50 F, 1000 F, 2 5000 F ». (Mapping UD-01)
- ✓ « La Gandja est d'accès facile au Burkina tout comme les solvants, la dissolution, et les comprimés. On les vend partout ». (Focus UD-01)
- ✓ « La Gandja se vend partout. Dans chaque quartier à Ouaga, on peut en trouver. Je suis allé à Fada et je ne connaissais personne mais je n'ai pas eu de difficultés à en trouver. Dès que je me suis renseigné auprès d'un monsieur, il m'a dit que lui-même en vendait ». (Focus UD-01)
- ✓ « La circulation est facile comme beaucoup de gens savent que nous avons besoin de ça pour le travail, ils n'hésitent pas à nous en proposer. Même nos managers nous obligent à prendre pour bien travailler ». (Focus TS-02)

Dans le cas spécifique de la MACO, la circulation des produits s'expliquerait de deux manières distinctes. D'une part l'implication de visiteurs extérieurs (membres de la famille des détenus, etc.) est connue de tous les GSP et permet de faire entrer certains produits en les cachant par exemple dans des boules de savons. D'autre part, nous verrons plus loin que l'implication de certains GSP a parfois déjà été établie, et pourrait s'expliquer par des motivations financières (appât du gain accru par des rémunérations jugées trop faibles par certains fonctionnaires pénitentiaires).

- ✓ « Beaucoup de prisonniers disent qu'ils fument du cannabis parce que la nourriture pénitentiaire leur donne la nausée » (entretien avec un GSP de la MACO)

D. Mode d'utilisation des produits

Les modes d'utilisation des produits semblent relativement conformes à ceux déjà décrits dans les études publiées au Burkina Faso ou à l'étranger.

De quelle manière consommez-vous ces produits ? (n=86)	Fumer	Avaler	Inhaler	Injecter
– Cannabis (haschich, joint, herbe, shit)	84	3	0	0
– Médicaments pour les nerfs, pour dormir	0	20	0	1
– Produits à inhaler/sniffer (colle, solvant)	0	2	16	0
– Amphétamines	2	39	0	0
– Crack	24	1	19	0
– Cocaïne	7	2	11	5
– Héroïne	1	0	2	6
– Autre produit/préparation	3	3	1	1

Tableau 14 : Mode d'utilisation des produits consommés chez les personnes enquêtées

D'une manière générale, la proportion de produits fumés est de 48%, celle de produits ingurgités de 28%, celle de produits inhalés de 19%, et celle de produits injectés de 5%.

Cependant, chaque produit peut être consommé de diverses manières. Ainsi :

- Les produits fumés sont : le cannabis, le crack, la cocaïne, l'héroïne, les amphétamines et autres produits/préparations ;
- Les produits avalés sont : les amphétamines, les médicaments, le cannabis, la cocaïne, le crack, la colle et autres produits/préparations ;
- Les produits inhalés sont : le crack, la colle et les solvants, cocaïne, l'héroïne et autres produits/préparations ;
- Et les produits injectés sont : l'héroïne, la cocaïne, les médicaments et autres produits/préparations.

Il convient ici de souligner que l'héroïne n'est donc pas le seul produit consommé par injection. Cela permet de penser que la consommation d'autres produits par voie intraveineuse, en particulier la cocaïne, pourrait potentiellement être à l'origine de contamination par le VIH/Sida et d'autres pathologies.

De plus, même si l'usage quotidien de drogues par voie intraveineuse chez les personnes enquêtées apparaît assez faible, nous avons noté par ailleurs qu'il est présent dans tous les groupes-cibles approchés :

Si vous consommez ces produits par injection, combien de fois par jour ? (n=13)	1 à 2 fois	2 à 5 fois	Plus de 5 fois
– Cannabis (haschich, joint, herbe, shit)	0	0	0
– Médicaments pour les nerfs, pour dormir	1	0	0
– Produits à inhaler/sniffer (colle, solvant)	0	0	0
– Amphétamines	0	0	0
– Crack	0	0	0
– Cocaïne	2	3	0
– Héroïne	3	2	1
– Autre produit/préparation	1	0	0

Tableau 15 : Consommation quotidienne de drogues par injection

Parmi les usagers de drogue en population générale et les détenus de la MACO, la grande majorité des personnes enquêtées déclarent ne consommer que du cannabis (respectivement 82% et 92%).

En revanche, la prise concomitante de plusieurs produits apparaît comme un autre élément important à prendre en compte par les programmes de lutte contre la toxicomanie à Ouagadougou dans les autres groupes-cibles. Ainsi, les cas de polytoxicomanies représentent les ¼ des situations observées chez les PvVIH et les artistes, et plus de la moitié des situations rencontrées chez les travailleuses du sexe :

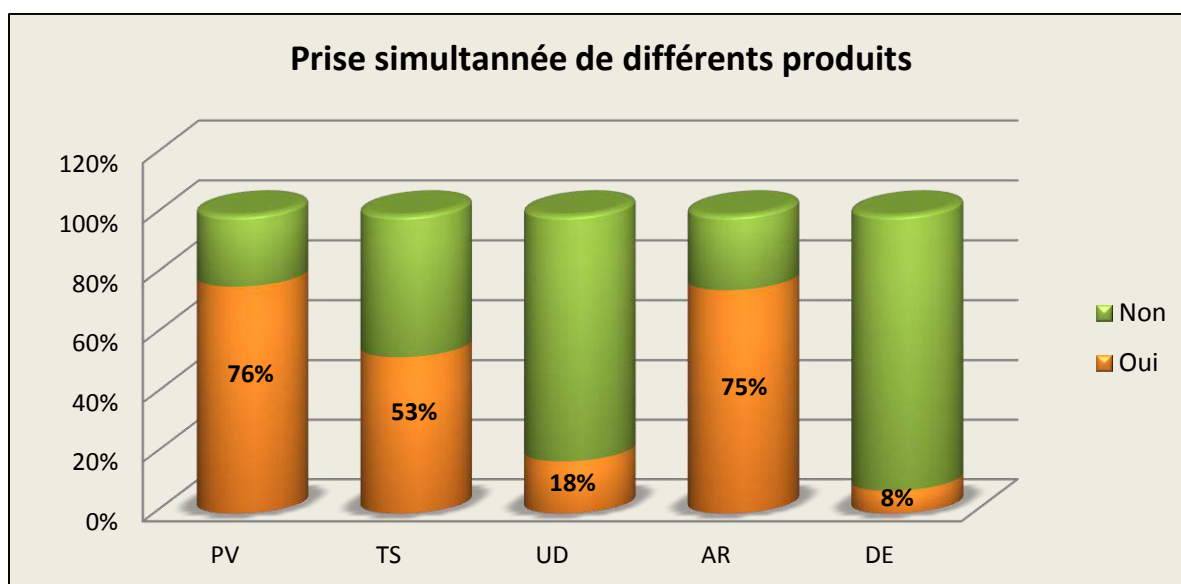


Figure 15 : Fréquence des polytoxicomanies chez les personnes enquêtées

Le cannabis est présent dans la plupart des cas de polytoxicomanies au sein de notre échantillon, et son usage est associé à la plupart des autres produits identifiés. Il en va de même pour les anxiolytiques, les antidépresseurs et les amphétamines, qui sont très rarement consommés de manière exclusive.

Les combinaisons les plus fréquemment observées sont les suivantes :

- ✓ Cannabis + amphétamines

- ✓ Cannabis + crack
- ✓ Cannabis + produits à inhaler
- ✓ Cannabis + anxiolytiques/ antidépresseurs
- ✓ Crack + cocaïne

E. Usage social des drogues ?

D'une manière générale, les personnes enquêtées déclarent majoritairement consommer de la drogue de préférence lorsqu'elles sont seules chez elles (46%) ou en compagnie d'amis (37%). Celles qui affirment consommer en compagnie de leur partenaire, de collègues ou de parents, sont nettement moins nombreuses. On n'observe pas de différences significatives selon les populations-cibles :

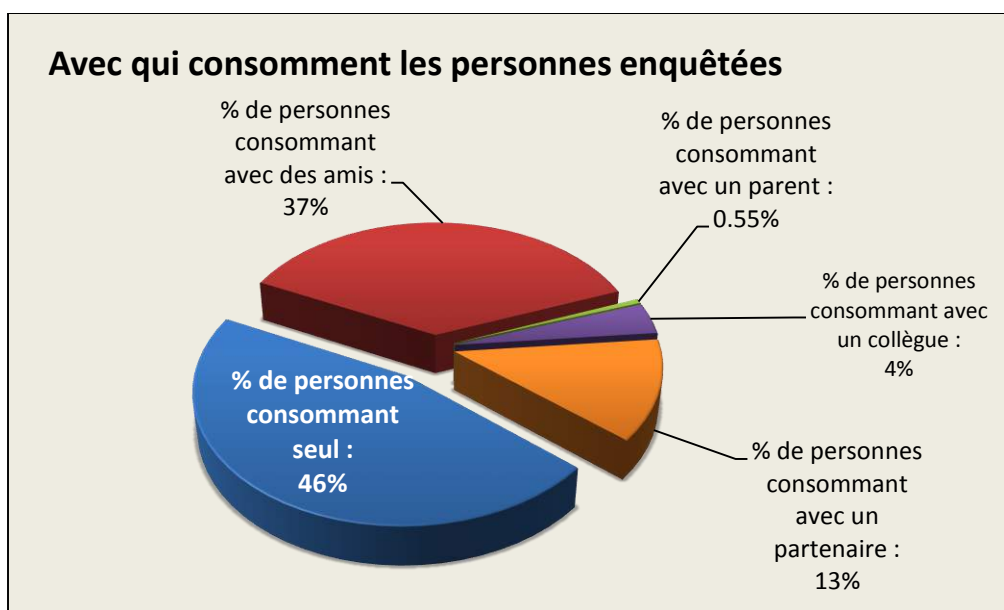


Figure 16 : Mode social de consommation chez les personnes enquêtées

Cependant, on observe que l'usage social varie en fonction des produits consommés. On relève ainsi que le cannabis est consommé indifféremment seul ou entre amis ; que les anxiolytiques, les amphétamines et les produits à inhaler relèvent davantage d'usages individuels ; mais que le crack, la cocaïne et l'héroïne, sont consommés de préférence avec des amis ou un partenaire :

Avec qui consommez-vous ces produits ? (n=86)	Seul	Amis	Parent	Collègue	Partenaire
– Cannabis (haschich, joint, herbe, shit)	71	77	2	10	21
– Médicaments pour les nerfs, pour dormir	20	3	0	0	0
– Produits à inhaler/sniffer (colle, solvant)	12	4	0	0	0
– Amphétamines	38	7	0	2	0
– Crack	15	24	0	0	9
– Cocaïne	3	11	0	1	11
– Héroïne	2	5	0	0	5
– Autre produit/préparation	7	3	0	1	0

Tableau 16 : Mode social de consommation chez les personnes enquêtées

F. Réduire ou arrêter sa consommation ?

Une proportion très importante de personnes enquêtées (76%) a déjà reçu, de la part de son entourage, des conseils pour réduire ou pour cesser sa consommation de drogues. Mais cela signifie a contrario que près d'un quart des enquêtés n'ont jamais reçu ce genre de conseils :

Depuis que vous consommez ces produits :	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Vous a-t-on déjà conseillé de réduire votre consommation ?	20	5	28	33
Vous a-t-on déjà conseillé de cesser votre consommation ?	22	4	16	44

Tableau 17 : Fréquence des conseils reçus pour réduire ou arrêter sa consommation de drogues chez les personnes enquêtées

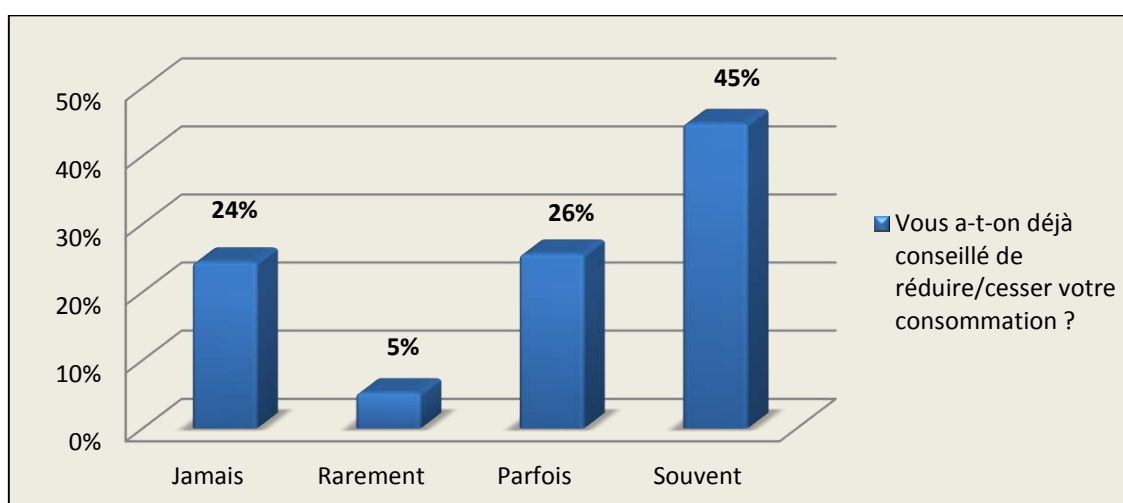


Figure 17 : Fréquence des conseils reçus pour réduire ou arrêter sa consommation de drogues chez les personnes enquêtées

On observe donc assez logiquement une corrélation avec le nombre important de personnes affirmant n'avoir jamais essayé de réduire ou de cesser leur consommation (plus de 1/3 des personnes enquêtées). Cependant, 62% d'entre elles ont malgré tout déjà essayé de réduire ou de cesser leur consommation :

Depuis que vous consommez ces produits :	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation ?	30	14	22	20
Avez-vous déjà essayé de cesser votre consommation ?	35	9	16	26

Tableau 18 : Fréquence des tentatives de réduction/arrêt de la consommation de drogues chez les personnes enquêtées

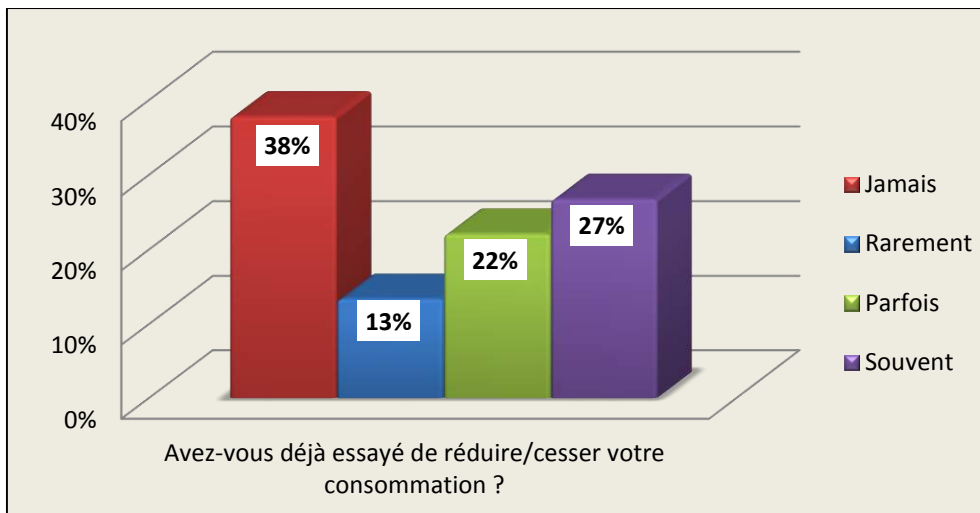


Figure 18 : Fréquence des tentatives de réduction/arrêt de la consommation de drogues chez les personnes enquêtées

Pour autant, ces chiffres varient d'un groupe-cible à l'autre. Les PvVIH et les travailleuses du sexe sont les personnes qui ont le moins souvent essayé d'arrêter leur consommation (48% des PvVIH et 53% des TS n'ont même jamais essayé), tandis que plus des 2/3 des détenus de la MACO ont fait des tentatives de sevrage :

% de personnes :	Général	PV	TS	UD	AR	DE
N'ayant jamais essayé d'arrêter sa consommation	41%	48%	53%	12%	25%	23%
Ayant souvent essayé d'arrêter sa consommation	30%	24%	16%	24%	31%	69%

Tableau 19 : Proportion de personnes n'ayant jamais essayé de réduire/ arrêter sa consommation de drogues

Les données recueillies montrent que la plupart des tentatives de sevrage, cependant, se sont avérées infructueuses parmi les personnes interrogées. Ce constat se rapproche de celui évoqué quant au profil des usagers rencontrés, puisque nous avons vu que 20% seulement des enquêtés avaient pu cesser leur consommation de l'un ou l'autre des produits identifiés (tout en continuant à consommer un ou plusieurs autres produits). Les citations suivantes traduisent parfaitement les difficultés rencontrées par les usagers ayant tenté de réduire ou de diminuer leur consommation de drogues. Elles montrent aussi qu'il s'agit parfois davantage de contraintes extérieures (incarcération) ou de contraintes de santé (accident, maladie), que de véritables tentatives de sevrages :

- ✓ « Il faut dire que je voulais laisser l'herbe à cause de mon accident. Je pense que c'est parce que j'avais beaucoup fumé que cela est arrivé et certains amis qui ne fumaient pas ça m'ont demandé d'arrêter mais c'est dur pour moi d'arrêter. Pendant la période qui a suivi l'accident jusqu'à la guérison de ma fracture, je ne fumais plus mais avec la fréquentation, j'ai repris. Je prend trois fois par jour seulement ». (UD-05)
- ✓ « Plusieurs fois j'ai essayé de cesser, surtout en période de maladie ou de malaise. Mais je me retrouve toujours avec les mêmes copains et je recommence. Je consomme du nescafé pour essayer de réduire et cesser, et aussi je fume beaucoup de cigarettes ». (UD-01)
- ✓ « C'était à Tangèta, j'ai accompagné ma maman malade. Je ne savais pas où avoir les produits, j'ai préféré souffrir. C'est quand je suis tombé malade que le docteur qui suivait maman a découvert [ma consommation] et il m'a référé au vieux. [Celui-ci] m'a donné des plantes et depuis j'ai arrêté, même l'odeur me dérange ». (AR-15)
- ✓ « Je fumais et buvais beaucoup, les personnes impliquées sont souvent les hommes qui voulait faire du sérieux avec moi, mes parents aussi. Je passais plus de temps à la maison pour éviter tout contact avec les fournisseurs. Les conseils du docteur N. m'ont beaucoup aidé, cela fait moins d'un mois que je ne prends plus rien. Mais j'avoue que ce n'est pas facile ». (AR-04)

- ✓ « Suite à mon incarcération, j'ai pu m'en passer aussi, j'ai vu trop de problèmes ici lié à ça qui m'ont découragé et j'ai décidé d'arrêter. Je n'en prends plus vu les conditions de détention, la vie dure en prison ». (DE-02)
- ✓ « Je suis tombée gravement malade en 2006 et on m'a hospitalisée deux jours. Sans ma dose, j'étais devenu comme une folle, c'est le docteur qui a découvert et il m'a lavé le ventre, puis m'a donné des conseils par rapport à ma santé fragile. Depuis je ne touche plus à la cok et l'héroïne, d'ailleurs mon copain est mort en 2007. Pour le reste je consomme un peu pour supporter certains problèmes ». (PV-09)
- ✓ « J'essaie de diminuer un peu un peu en achetant des quantités de plus en plus faibles. Ça marche, mais pas pour arrêter complètement. Actuellement, je fume moins qu'avant et je voudrais arrêter ». (TS-07)
- ✓ « Moi seule j'essayais d'arrêter mais je ne me sentais plus en forme et je reprenais rapidement. J'ai essayé d'arrêter brutalement, d'un coup, mais ça ne marche pas. Et si j'essaie de diminuer, c'est encore pire car tout le temps mes copines fument devant moi et ça me donne envie ». (TS-11)

3. Problèmes psycho-socioéconomiques liés à la consommation de drogues

A. Types de problèmes ou de difficultés vécus par les usagers de drogues

Lorsqu'on les interroge sur les problèmes que peut rencontrer un consommateur de drogues, les personnes enquêtées évoquent essentiellement :

- Les changements de comportements sous l'emprise de la drogue, pouvant entraîner des conflits avec l'entourage (insultes et bagarres physiques avec la famille, les amis ou les voisins) ;
- Les risques de rejet et l'exclusion sociale ;
- Les problèmes médicaux allant jusqu'aux problèmes psychiatriques (folie) ;
- Et les problèmes avec les forces de l'ordre et les autorités judiciaires.

- ✓ « Tu peux rencontrer un tas de problèmes. Tu peux être tabassé si la police t'arrête. Si je fume et que je n'ai pas à manger, cela peut me pousser à faire des dégâts, voler par exemple. Ça peut gêner la mémoire et me conduire où je ne crois pas ». (UD-02)
- ✓ « Les dépenses journalières pour acheter la drogue. La folie ou la mort si la consommation de drogue est excessive, le manque d'amis compréhensifs, la perte de soutien familial et collègues quand ceux-ci découvrent que tu consommes ». (UD-15)
- ✓ « La prison, le manque de confiance, les difficultés à avoir un travail et la maladie ». (AR-01)
- ✓ « Beaucoup de problèmes tels que la prison, le viol, les grossesses non désirées, le VIH et les IST ». (AR-4)
- ✓ « Les problèmes de police, d'où ma présence ici. On m'a arrêté parce que je revendais de la drogue dans mon quartier ». (DE-01)
- ✓ « La prison, ça t'éloigne de tes amis. Les problèmes de vue si tu es en contact avec la lumière. Ça affaiblit les dents, les gencives se détériorent. Tu as des courbatures, des douleurs aux articulations, la folie ». (DE-06)
- ✓ « Viol, prison, maladies, stigmatisation, agression physique, exclusion sociale, Manque de confiance des gens envers nous, grossesses non désirées, le VIH et les IST ». (PV-07)
- ✓ « On peut t'accuser de voleur, tu peux manquer de respect à quelqu'un de plus âgé. On peut te bastonner pour mauvaise conduite. La police peut t'attraper, te torturer en prison. Difficultés d'achat pour réunir l'argent à temps, problèmes de santé à cause du manque ». (PV-19)
- ✓ « La prison, les agressions physiques, l'exclusion sociale ». (TS-12)
- ✓ « Ce sont les bagarres avec les clients [pour les travailleurs de sexe], les insultes des gens. Et puis si tu fume trop, tu ne peux plus travailler car tu as sommeil ». (TS-06)

Questionnées sur leurs propres problèmes liés à l'usage de drogue, 71% des personnes enquêtées déclarent avoir déjà rencontré ce type de problème :

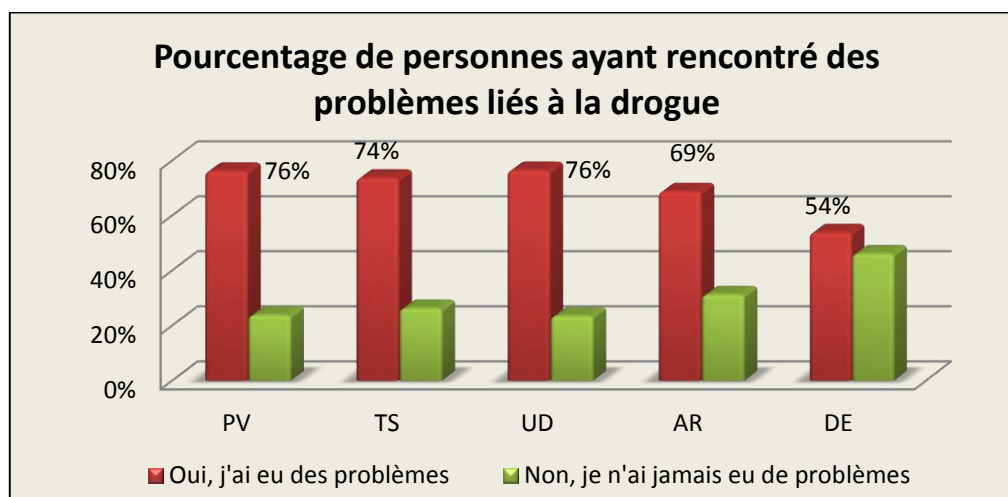


Figure 19 : Proportion de personnes enquêtées ayant rencontré des problèmes liés à la drogue

Les problèmes rencontrés sont cependant très variés. Ils peuvent ressortir du domaine de la santé physique et mentale, être d'ordre socio-économique, ou d'ordre scolaire ou professionnel :

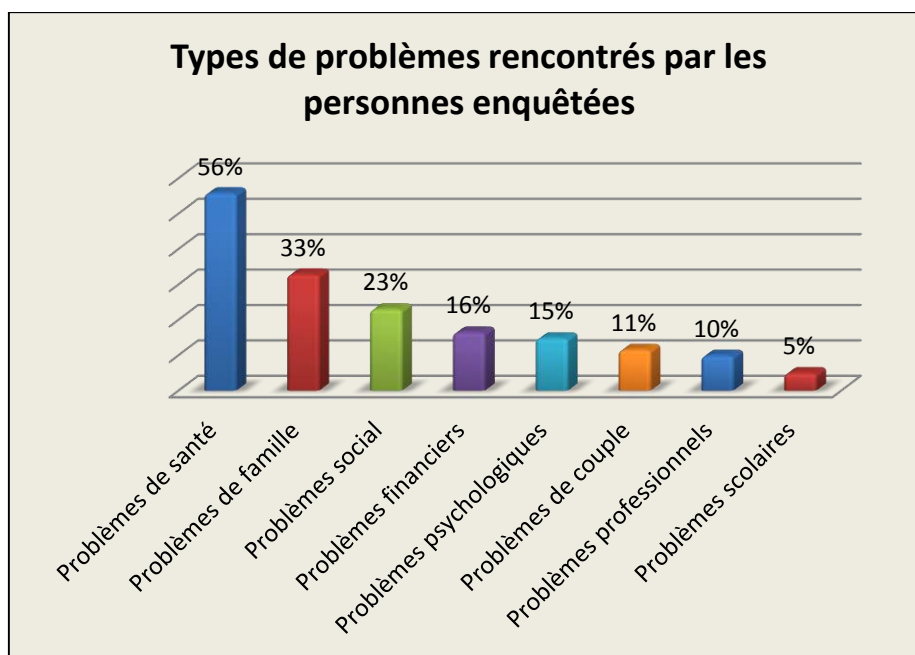


Figure 20 : Type de problèmes rencontrés par les personnes enquêtées

Les témoignages ci-dessous illustrent bien cette multiplicité des problèmes rencontrés :

- ✓ « J'ai été arrêté par la police et conduit au commissariat. C'est par chance que je n'ai pas été déféré à la MACO. J'ai eu des problèmes en famille parce que je fumais dans ma maison. Récemment, j'ai cessé de fumer là-bas ». (UD-02)
- ✓ « Je toussais beaucoup et le médecin m'a dit que c'est ça qui est à l'origine, car je lui ai dit que je prenais l'herbe. Cela a beaucoup joué sur ma vie de couple, avec le père de mes enfants, et je suis partie ». (UD-06)
- ✓ « Ma famille me traité de drogué, de « rastaman ». Je peux même dire qu'ils ont honte de moi ». (AR-01)
- ✓ « Un soir, j'ai eu un client qui m'a proposé 50.000 FCFA pour passer la soirée. Nous avons fumé et après les rapports [sexuels], il est sorti me dénoncer ». (AR-08)
- ✓ « Mes amis et moi, on avait besoin d'argent pour ça [acheter les produits. Alors] on a cambriolé une boutique. C'est ça qui m'a amené à la MACO ». (DE-04)
- ✓ « Je suis infectée (par le VIH) et je sais que c'est lié à ma consommation de la drogue ». (PV-08)
- ✓ « Je sais que ma maladie [infection à VIH] est due à la consommation de la drogue ». (PV-09)
- ✓ « Souvent je me bagarre avec les filles, surtout si j'ai trop fumé et aussi beaucoup bu ». (TS-11)
- ✓ « Une fois je me suis évanouie avec le caillou [le crack], il était trop gros ». (TS-13)

On remarque cependant que les problèmes rencontrés varient selon les populations-cibles. Ainsi, et cela paraît logique compte tenu de leur statut sérologique, 81% des PvVIH évoquent des problèmes de santé liés à leur usage de drogue. Plus de la moitié des travailleuses du sexe (57%) et des artistes (55%) affirment également avoir des problèmes de santé :

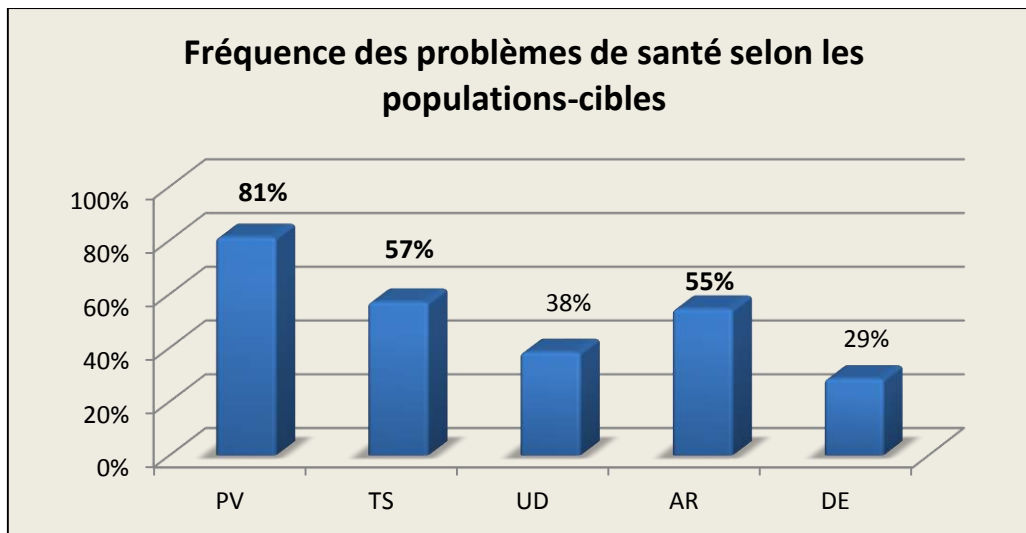


Figure 21 : Fréquence des problèmes de santé chez les personnes enquêtées

Chez les détenus enquêtés dans l'enceinte de la MACO en revanche, les problèmes les plus fréquemment évoqués sont d'ordre social. La moitié d'entre eux racontent ainsi des difficultés d'insertion à l'extérieur de la prison (avant leur détention), et le rejet dont ils se sentent victimes dans leur quartier, le regard désapprobateur ou carrément accusateur posé par leur entourage sur leur usage de drogues ou sur leur implication dans la circulation des produits (détention, passage des frontières ou vente). Ce type de problèmes est également évoqué par les travailleuses du sexe (29% d'entre elles), et dans une moindre mesure par les PvVIH et les artistes :

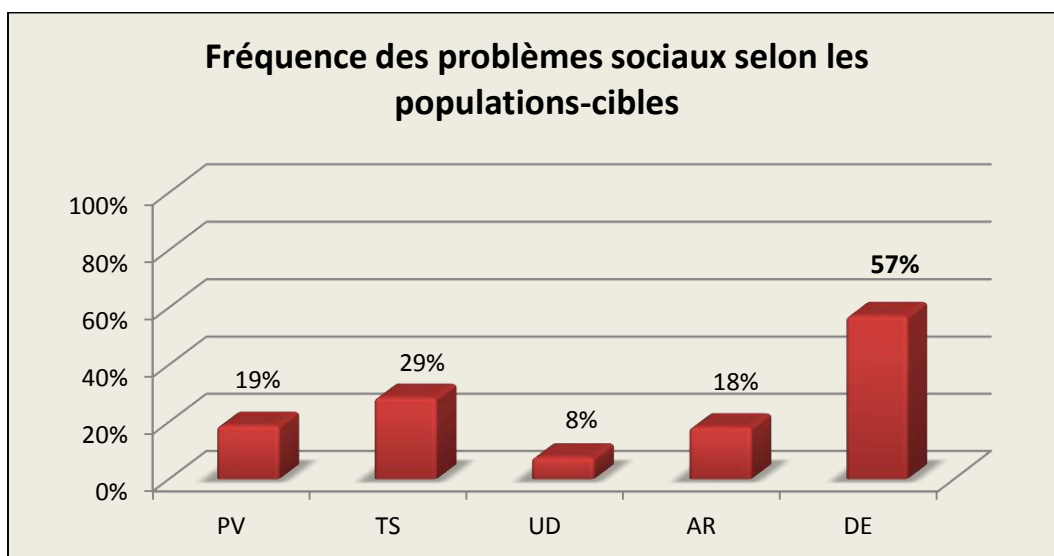


Figure 22 : Fréquence des problèmes sociaux chez les personnes enquêtées

Les relations avec la famille sont souvent conflictuelles pour les usagers de drogues que nous avons interrogés, puisque ce genre de difficultés est cité par ¼ des travailleuses du sexe, des PvVIH et des artistes. Mais ce sont les usagers de drogues en population générale qui évoquent le plus fréquemment des problèmes familiaux (62%) :

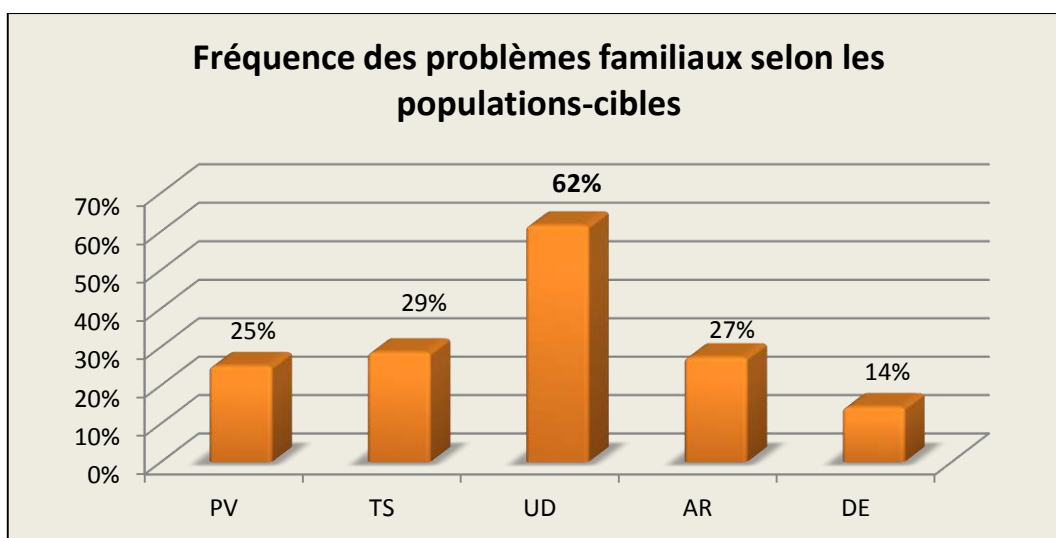


Figure 23 : Fréquence des problèmes familiaux chez les personnes enquêtées

B. Drogues et dépenses financières

Il va de soi que les dépenses financières réalisées par les personnes enquêtées dépendent fortement des produits consommés, car les prix d'achat de ceux-ci varient énormément. Le tableau ci-dessous présente les prix d'achat suivants les déclarations des personnes enquêtées :

Produits	Prix
Cannabis	1 kilogramme = de 12.000 FCFA à 35.000 FCFA, selon la provenance et selon la qualité du produit Sachets de 50 à 200 FCFA, enveloppes à 500 FCFA, pochette plastique à 2.500 FCFA
Médicaments	Entre 100 et 500 FCFA la boîte ou le tube de comprimés, selon les produits
Produits à inhaler	100 à 250 FCFA le tube de colle
Amphétamines	5 comprimés = 25 à 200 FCFA, selon les produits
Crack	1 dose = 1.000 FCFA à 3.000 FCFA
Cocaïne	1 gramme = 25.000 à 35.000 FCFA
Héroïne	1 gramme = 25.000 FCFA

Tableau 20 : Prix des produits consommés au Burkina Faso selon les personnes enquêtées

Compte tenu des prix des produits, il n'est pas surprenant que la quasi-totalité des cocaïnomanes (94%) et des héroïnomanes (100%) dépense plus de 5.000 FCFA par mois pour se procurer les produits, indépendamment des quantités consommées quotidiennement. Pour la plupart de ces usagers, les sommes dépensées atteignent 30.000 FCFA par mois, et même plus de 450.000 FCFA par mois pour l'un des cocaïnomanes interrogés.

La consommation de crack entraîne elle aussi d'importantes dépenses d'argent du fait du coût relativement élevé du produit, puisque 68% des usagers de cracks dépenses plus de 5.000 FCFA par mois.

Nettement moins cher et même très abordable pour les revenus souvent faibles des usagers rencontrés, le cannabis représente pourtant une importante source de dépenses : 2/3 des usagers achètent pour plus de

5.000 FCFA de cannabis par mois. Cela reflète en réalité les quantités quotidiennes consommées, car cela représente plus d'un kilogramme de cannabis par personne et par mois.

Les produits à inhaler, les anxiolytiques et antidépresseurs, ainsi que les amphétamines, sont parmi les produits les moins onéreux pour leurs usagers. Cela s'explique en grande partie parce qu'ils sont facilement accessibles et en vente « à tous les coins de rue » à Ouagadougou, dans les boutiques et les quincailleries (colles, dissolvants, etc.) ou auprès des vendeurs ambulants ou des commerçants sur les marchés (anxiolytiques et antidépresseurs de contrebande, amphétamines). Le faible niveau des dépenses mensuelles pour ce type de produits s'explique également du fait d'un usage davantage occasionnel que pour les autres produits.

Le graphique ci-dessous résume les dépenses mensuelles occasionnées par la consommation de drogues selon les produits :

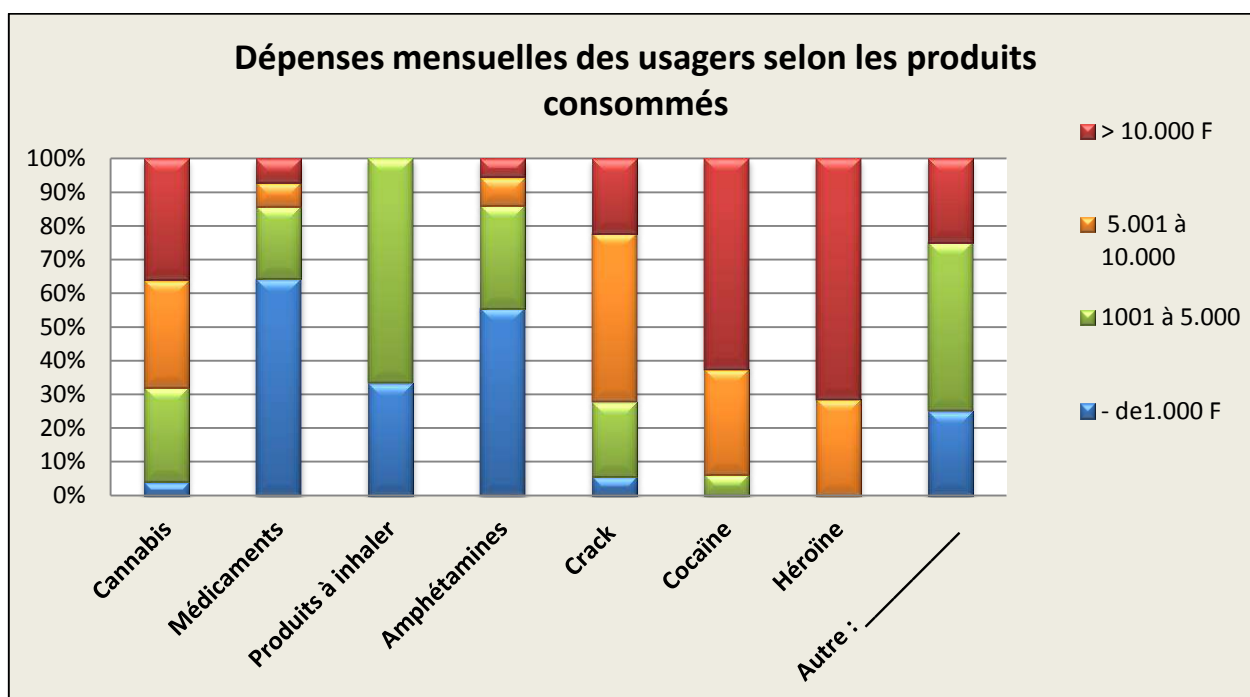


Figure 24 : Dépenses mensuelles pour l'achat de drogue chez les personnes enquêtées

D'une manière générale, les dépenses liées à l'achat de drogues sont essentiellement effectuées grâce aux revenus tirés d'une activité professionnelle : il peut s'agir d'un emploi ou d'un salaire pour les détenus, les artistes ou les usagers de drogues en population générale, soit d'activités prostitutionnelles pour les travailleuses du sexe.

Il est toutefois intéressant de remarquer que les revenus de la prostitution ne concernent pas seulement les travailleuses du sexe, puisque 40% des PvVIH interrogées admettent avoir des relations sexuelles contre de l'argent pour acheter leurs produits, de même que 13% des usagers de drogues en population générale et 11% des artistes :

D'une manière générale, d'où vient l'argent que vous utilisez pour acheter ces produits ?	Nombre (n=86)	% Général	PV	TS	UD	AR	DE
<input type="checkbox"/> Salaire, travail, emploi	41	27%	14%	0%	38%	48%	63%
<input type="checkbox"/> Vente commerciale	10	7%	14%	0%	6%	4%	6%
<input type="checkbox"/> Argent de poche des parents	6	4%	0%	6%	9%	4%	0%
<input type="checkbox"/> Prêt d'argent de l'entourage	29	19%	21%	19%	19%	26%	6%

<input type="checkbox"/> Relation sexuelle contre de l'argent	43	29%	40%	59%	13%	11%	0%
<input type="checkbox"/> Revente de drogue à d'autres usagers	9	6%	5%	0%	9%	4%	19%
<input type="checkbox"/> Autre	12	8%	7%	16%	6%	4%	6%

Tableau 21 : Provenance de l'argent utilisé par les personnes enquêtées pour l'achat de drogue

En dehors des détenus de la MACO, pour lesquels la vente de drogues à d'autres usagers constitue la seconde source de revenus (et qui, de fait, sont souvent incarcérés pour cette raison), peu de personnes enquêtées admettent participer au trafic de drogues.

Enfin, on remarque l'importance de l'entourage comme source de revenus utilisée pour l'achat de drogues par les personnes enquêtées : environ ¼ des artistes déclarent des prêts d'argent de l'entourage, tout comme 1/5 des PvVIH, des TS et des usagers de drogues en population générale. Avoir de bonnes relations avec l'entourage apparaît donc comme un élément primordial pour les usagers de drogues que nous avons interrogés, ne serait-ce qu'en termes de ressources financières complémentaires de celles provenant de leurs activités professionnelles.

C. Relations avec l'entourage

A ce titre, il est donc intéressant de constater en premier lieu que globalement, 60% des personnes enquêtées affirment que leur entourage est informé de leur consommation de drogues. Toutefois, ce constat général doit être nuancé selon les populations-cibles :

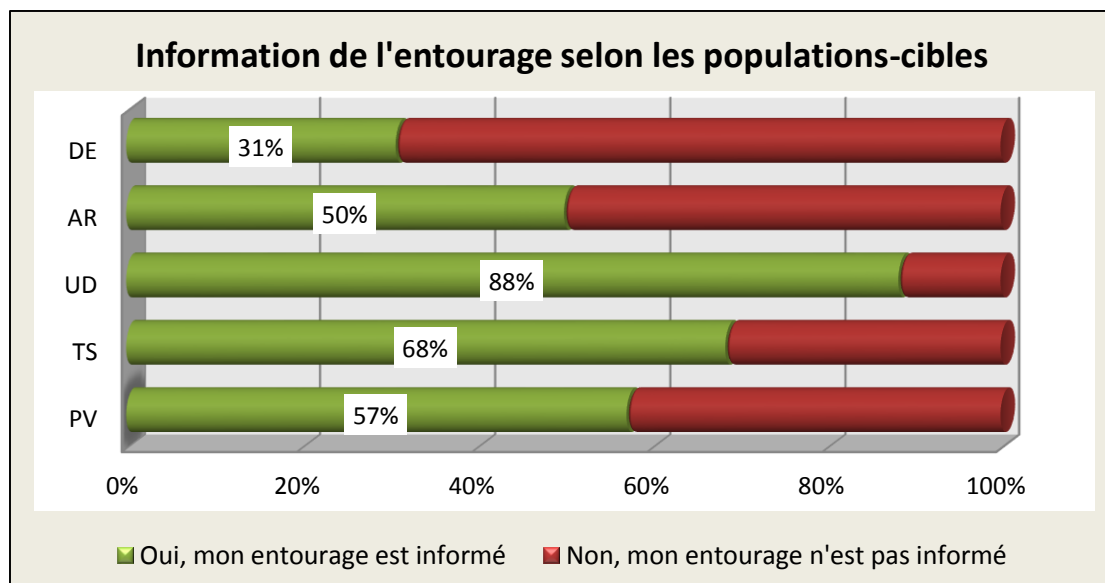


Figure 25 : Information de l'entourage chez les personnes enquêtées

A travers le graphique ci-dessus, on s'aperçoit ainsi que l'information de l'entourage est quasi systématique chez les usagers de drogues en population générale (88% des cas), et majoritaire chez les TS (68%) et chez les PvVIH (57%), mais qu'elle est moins fréquente chez les artistes et surtout chez les détenus de la MACO (seuls 31% des cas chez ces derniers).

Parfois, l'annonce à la famille se passe bien et ne modifie en rien les liens sociaux des usagers : « Ma famille le sait et n'est pas contre. La consommation de la Gandja ne me crée pas de problèmes avec mon

entourage » (Focus UD-01) ; « Je ne pose pas de mauvais actes envers quelqu'un. Les gens regardent ton comportement pour te juger. Or nous, on se comporte bien avec les gens » (Focus UD-02).

Pour autant, l'information de l'entourage ne signifie pas que celui-ci réagit toujours positivement envers les personnes concernées. Ainsi près des 2/3 des personnes enquêtées ayant informé leur entourage de leur usage de drogues, affirment avoir constaté des changements de comportements de la part de leurs proches (famille, amis, collègues ou voisins) :

Si oui, avez-vous constaté des changements de comportements dans votre entourage ?	Nombre (n=52)	% Général
<input type="checkbox"/> Oui	32	62%
<input type="checkbox"/> Non	20	38%

Tableau 22 : Fréquence des changements de comportements de l'entourage des personnes enquêtées

Lorsqu'on demande aux personnes enquêtées de nous parler de ces changements de comportements, on constate en effet qu'il s'agit le plus souvent de réactions négatives vis-à-vis des consommateurs de drogues. De nombreux témoignages font état de la stigmatisation et de la discrimination dont sont victimes les usagers de drogues au sein de leurs familles ou de leurs communautés, ces changements de comportement se traduisant même fréquemment par des situations de rejet ou d'exclusion sociale :

- ✓ « Mon père ne me cause presque pas et ma mère n'est pas du tout contente et elle me gronde chaque fois. Mes frères et sœurs se méfient de moi car ils disent que je suis capable de tout à tout moment et ils me supplient d'arrêter. Dans le quartier, certaines personnes ont pris leur distance avec moi ». (UD-07)
- ✓ « Mon petit frère m'engueule, ma sœur et ma tante aussi. Les gens ne veulent pas se montrer avec moi car je fume et en plus je porte les dreads [coiffure rasta], ils ont honte d'être avec moi. Mon patron m'a chassé à cause de l'odeur [de l'herbe] ». (UD-10)
- ✓ « Mes parents ne m'adressaient plus la parole et avaient honte de moi. Ils disaient que je suis une malédiction ». (AR-04)
- ✓ « Le Papa et la Maman m'ont conseillé de laisser et entre temps le papa m'a délaissé, seul la maman me supportait toujours ». (DE-04)
- ✓ « Au début les gens ne me parlait plus à la maison. J'étais mal vu. Au fait il ne pouvait pas imaginer que j'allais fumer l'herbe un jour puisque je ne supporte pas l'alcool. Quand ma femme a su, elle est allée rester chez mes parents et à son retour, elle me boudait, il a fallu que je lui parle, que je la flatte, mais elle veut que j'arrête ». (PV-11)
- ✓ « Mes parents ne m'adressaient plus la parole et avaient honte de moi. Ils disaient que je suis une malédiction ». (PV-12)
- ✓ « La famille m'a chassé quand ils ont appris. Ma mère m'a beaucoup insulté, et mon père me frappait tout le temps ». (TS-12)
- ✓ « Il faut être dedans pour mieux juger, or les gens nous jugent sans avoir essayé de comprendre ». (Focus TS-01)
- ✓ « Ma famille jusqu'au village sait que je fume la Gandja. Quand ma mère a su pour la première fois, elle a alerté tous les parents ». (Focus TS-02)

De façon générale, le discours des usagers se focalise sur l'impolitesse et l'agressivité dont sont victimes les consommateurs de drogue. Les personnes enquêtées estiment que le rejet et l'exclusion sociale sont surtout le fait des personnes qui n'ont pas connaissance des effets de la consommation de ces produits.

Mais là encore, la situation diffère selon les populations-cibles et il convient de nuancer ces propos : ces changements de comportements sont observés par les ¾ des usagers de drogues en population générale et des artistes enquêtés, mais semblent moins fréquents pour les autres groupes-cibles. Il se peut cependant

que les travailleuses du sexe et les PvVIH, déjà stigmatisées du fait de leurs activités prostitutionnelles ou de leur statut sérologique, soient tout simplement moins sensibles à des changements de comportements liés à leurs usages de drogues, et soient ainsi moins enclins à en faire part.

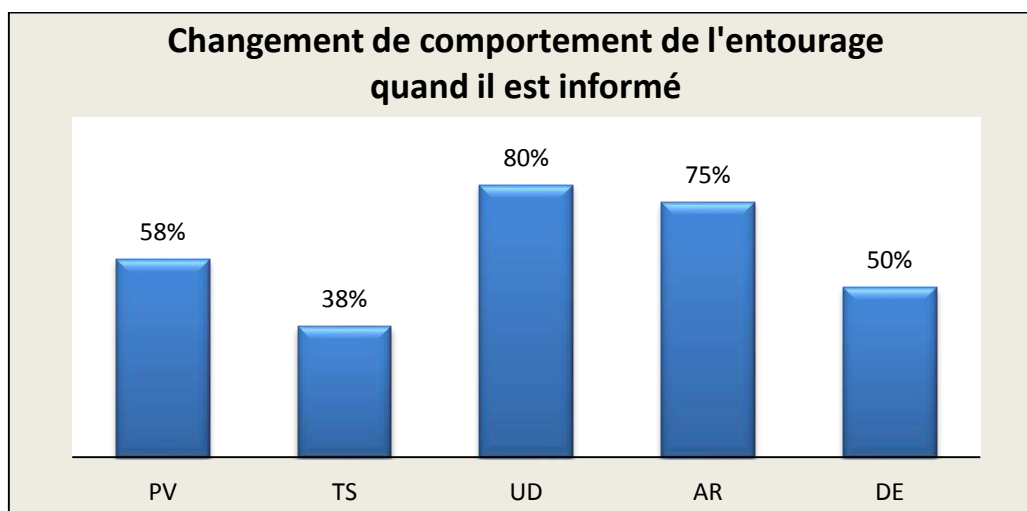


Figure 26 : Fréquence des changements de comportements de l'entourage des personnes enquêtées

Quoiqu'il en soit, de nombreuses personnes ayant observé ce genre de comportements de la part de leur entourage, ont été amené à modifier leurs propres comportements vis-à-vis de leurs familles, de leurs amis, de leurs collègues ou de leurs voisins. Le plus souvent, elles ont ainsi décidé de ne plus fréquenter certaines personnes de leur entourage (ce qui s'apparente à une forme d'auto-stigmatisation, en particulier lorsque cela se manifeste chez les PvVIH), de ne plus consommer de drogues en leur présence, ou de se montrer indifférentes à toute forme de liens sociaux lorsque l'entourage se montre hostile :

- ✓ « *Quand je fume, je ne me cache pas. Mais je ne fume pas devant mes parents par respect* ». (Focus UD-01)
- ✓ « *Je fais tout pour ne pas parler mal à quelqu'un. Quand il y a des manifestations dans le quartier, je m'implique quand je suis bien. Je préfère aller chaque fois chez des amis qui prennent et ce soir je rentre pour manger et dormir* ». (UD-07)
- ✓ « *J'ai pris mes distances avec certaines personnes, mais je vais en famille et on se parle. J'y vais les yeux clairs, sans fumer* ». (AR-14)
- ✓ « *J'aime ma femme, donc je fais tout pour ne pas la décevoir car elle me supporte beaucoup. Surtout depuis que nous sommes infectés par le VIH* ». (UD-05)
- ✓ « *Quoi qu'on dise, c'est mes parents et je les aime beaucoup. Donc j'ai tout fait pour arrêter et avec ma santé fragile, et je n'avais pas le choix* ». (PV-12)
- ✓ « *Bien sûr, car je n'aimerais pas finir seule dans la vie, donc il me faut des amis, je ne réponds plus aux provocations* » (TS-13)

D. Relations avec les forces de l'ordre

Comme nous l'avons vu à travers l'analyse du cadre juridique burkinabè, l'usage de drogues est illégal et est sévèrement réprimé par les autorités policières et judiciaires au Burkina Faso. A ce titre, il est intéressant de souligner que toutes les personnes enquêtées sont informées de cet état de fait, et ont donc conscience que leurs pratiques sont répréhensibles au regard de la loi. Les entretiens réalisés sous forme de séances de mapping traduisent une certaine méconnaissance des textes existants et du dispositif mis en place, mais surtout une mise en question de la manière dont elle s'applique envers les usagers de drogues et des méthodes policières :

- ✓ « *Oui, nous connaissons l'existence de la loi. La loi dit que la drogue n'est pas bien ; que la drogue tue* ».
- ✓ « *La loi n'est pas bien puisqu'on attrape les gens mais on les libère aussitôt et ils recommencent. C'est bon d'interdire jusqu'au bout. La loi c'est loi* ».
- ✓ « *A Dori, lors de mon procès, on m'a lu l'article sur la drogue. La loi dit qu'au Burkina, quand on t'attrape avec de la drogue, c'est une infraction. Je donne raison à la loi. S'ils ne font pas comme ça, des gens vont abuser* »
- ✓ « *On n'est pas d'accord avec la police. Il faut qu'elle change de stratégie : ne pas utiliser des indicateurs pour attraper les fumeurs* ».
- ✓ « *On ne condamne pas la police, on aura toujours besoin d'elle. C'est la façon de travailler qui est en cause* ».

Certains dénoncent également la corruption de certains policiers, qui selon eux participeraient activement au trafic de drogues en usant de leur autorité : « La police travaille avec des fumeurs de drogues. Quand les policiers saisissent les quantités, ils ne brûlent pas tout, ils en gardent une partie pour eux ». (Mapping UD-01). Cette complicité de certains policiers nous a été rapportée à plusieurs reprises, de même que celle de certaines personnes travaillant dans le milieu judiciaire et ayant accès aux « scellés », c'est-à-dire aux salles où sont conservées les drogues saisies par les autorités. Cette forme de corruption de quelques fonctionnaires a d'ailleurs été confirmée récemment : en 2008, la police a en effet procédé à l'arrestation d'un garde de sécurité pénitentiaire (GSP) pour trafic de drogues dans l'enceinte de la MACO. Celui-ci, jugé et condamné par le tribunal, est toujours incarcéré à la date d'aujourd'hui. Selon l'un de ces anciens collègues ayant accepté de s'entretenir avec nous, ce gardien de prison volait une partie des saisies de drogues dans le magasin des scellés au Palais de Justice de Ouagadougou, en profitant de l'absence de fouille des GSP. Il les revendait ensuite aux détenus dans le cadre de son emploi de fonctionnaire. Il aurait finalement été dénoncé par des détenus et des personnes extérieures, puis arrêté à l'extérieur de la prison en possession d'un sac rempli de produits.

De nombreuses personnes enquêtées souhaiteraient par ailleurs que la loi distingue la consommation de cannabis de celle d'autres types de produits, en fonction de leur dangerosité supposée ou avérée :

- ✓ « *Le ghetto est contre toute drogue autre que le joint. A part le joint, on est contre les autres produits tels que la cocaïne* ». (Focus UD-01)
- ✓ « *S'ils pouvaient nous laisser la liberté de fumer le cannabis, je dis bien le cannabis seulement, et sévir pour les autres produits, ce serait formidable* ». (Focus UD-01)
- ✓ « *Si vous remarquez, les gens n'indexent plus le cannabis mais en réalité, la dissolution [les produits à inhaler]. C'est ça qui détruit, pas le cannabis* ». (Mapping UD-01)

Près de la moitié (47%) des personnes enquêtées déclarent avoir déjà eu des problèmes avec les forces de l'ordre à Ouagadougou. Nombreuses sont celles qui ont ainsi été appréhendées au moins une fois par la police, mises en gardes à vue dans un commissariat de quartier puis relâchées, ou arrêtées et déférées en prison par les autorités judiciaires. Sachant que le racolage est illégal et réprimé au Burkina Faso, il n'est pas surprenant qu'en dehors des détenus de la MACO, les travailleuses du sexe soient visiblement les plus exposées à ce type de risques :

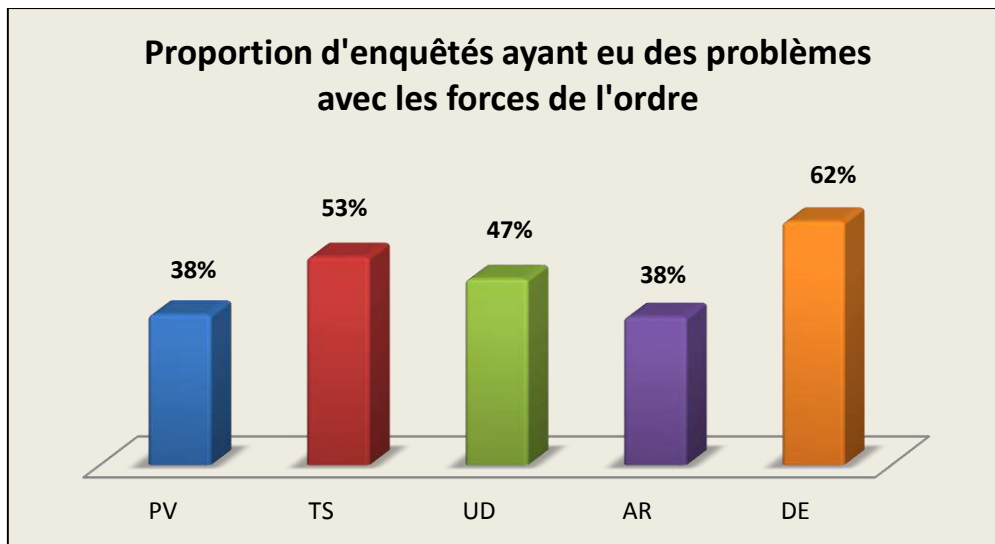


Figure 27 : Proportion de personnes enquêtées ayant eu des problèmes avec les services de police

Bien que tous les détenus de la MACO interrogés au cours de nos enquêtes aient été identifiés à partir de la liste des personnes déférées par la justice pour consommation, possession ou trafic de drogues, nous remarquons que seuls 62% d'entre eux admettent avoir eu des problèmes avec la police. Cela s'explique sans doute à la fois parce que la question était posée sous l'angle exclusif de la consommation de drogues (et non de trafic), et parce que certaines des détenus enquêtées n'avaient pas encore été jugés au moment des entretiens et se montraient réticents à évoquer cet aspect-là de leur parcours.

Les témoignages recueillis lors des entretiens individuels nous éclairent néanmoins sur les types de problèmes rencontrés, en particulier sur la manière dont les autorités policières sont informées de leur consommation de drogues (les dénonciations reflétant bien souvent les relations détériorées avec l'entourage évoquées plus haut), et sur les conditions d'arrestation et de détention vécues par les personnes enquêtées :

- ✓ « Cela s'est passé au bas-fond [terme utilisé pour désigner le lieu de ravitaillement et/ou de consommation]. Ce fut lors d'une descente de police dans ce quartier, nous avons été arrêté et conduit à la gendarmerie où nos empreintes ont été prises. Nous avons été gardés pendant quatre jours, puis relâchés ». (UD-01)
- ✓ « Cela s'est passé au bas-fond du Ouidi Naba. J'ai été arrêté et fouillé par la police qui a découvert sur moi le cannabis. J'ai été conduit du commissariat et ils voulaient savoir où je me procurai la drogue. J'y ai passé deux jours avant d'être libéré et après avoir montré les fournisseurs ». (UD-02)
- ✓ « Un client m'a dénoncé parce qu'il n'avait rien pour me payer, j'ai fait cinq jours au commissariat ». (AR-08)
- ✓ « La brigade de Wemtenga est venue m'arrêter à domicile. Quelqu'un m'a dénoncé à la police. Ils m'ont battu pour avoir mes aveux, puis après le jugement j'ai été condamné à vingt-quatre mois de prison. Je serai libéré en août 2011. C'est ma copine qui m'a dénoncé parce qu'elle pensait que j'allais la marier, ça n'a pas été le cas ». (DE-06)
- ✓ « En 2009, j'étais avec un ami qui trouvait la cocaïne pour moi et qui a été arrêté dans un squat. Comme il pouvait être enfermé longtemps, il a eu peur et m'a dénoncé pour sortir. J'ai fait deux mois à la MACO ». (PV-18)
- ✓ « A cause d'un client, une fille m'a dénoncé à la police. C'était en boîte. Le client voulait miser beaucoup. J'ai fais trois jours. J'étais obligé de coucher avec un policier pour qu'il me libère ». (PV-01)
- ✓ « Les policiers m'ont surprise en train de fumer au bas-fond avec deux amies. Ils nous ont frappées, insultées. On a fais trois mois enfermées au Commissariat Central à Ouaga. Mon frère est au Central [il est policier], c'est lui qui nous a maintenues et libérées ». (TS-07)

Ces problèmes rencontrés avec la police ont très souvent amené les personnes enquêtées à modifier leur comportement. Peu d'entre elles ont ainsi réduit ou cessé leur consommation de drogues, mais nombreuses sont celles qui sont tout simplement devenues plus prudentes et prennent désormais davantage de précautions pour ne pas être identifiées et se faire arrêter.

- ✓ « Depuis ce problème, je ne passe plus beaucoup de temps au bas-fond. Actuellement je vais acheter et je quitte les lieux aussitôt ». (UD-01)
- ✓ « Changement positif, contrôle de soi et je ne fume que devant mes vrais amis ». (AR-01)
- ✓ « Je me méfie beaucoup et je fume rarement avec un client inconnu ». (AR-08)
- ✓ « Je vendais pour avoir l'argent et faire mon permis. Comme je l'ai obtenu, je compte conduire un taxi ». (DE-01)
- ✓ « Après ma libération, je ne vendrai plus la drogue. Je vais chercher à soigner mes problèmes gastriques. Je vais vendre le maïs comme à mon début ». (DE-06)
- ✓ « Bien sur, je ne parle plus de mes liens aux autres filles, et je prends la drogue rarement devant mes collègues ». (PV-01)
- ✓ « Je ne fume plus au dehors, seulement à la maison, pour éviter les policiers. Comme je peux me faire arrêter pour prostitution, je ne sors plus avec de l'herbe sur moi ». (TS-11)

Il est par ailleurs intéressant de souligner que le rôle du Comité National contre La Drogue (CNLD) est très souvent méconnu des personnes enquêtées. Certains participants aux séances de mapping déclarent ainsi avoir connaissance de l'existence du CNLD mais n'ont pas de contact avec ses membres : « Oui, on en entend parler, mais ils ne sont pas venus vers nous » (Mapping UD-01). Les reportages télévisés permettent surtout aux usagers de drogues de savoir que le CNLD procède périodiquement à la destruction des saisies de drogues effectuées par les services de police ou de gendarmerie. Une majorité de répondants pense ainsi que l'activité du Comité se limite à « brûler la drogue » et à « faire des tournées de sensibilisation dans les villages » : « Je les ai déjà vus à Dori, en présence du Premier Ministre, pour brûler de la drogue saisie » (Mapping UD-01). Parfois, le rôle et les activités du CNLD sont même assimilés à ceux de la police : « Oui, ce sont des policiers, c'est comme Interpol. Leur rôle, c'est d'arrêter les consommateurs de drogues, la répression et l'incarcération des gens » (Mapping TS-01).

E. Relation avec les autres usagers de drogues

Il n'est guère surprenant, à la lumière des résultats évoqués plus haut en termes d'usage souvent collectif des drogues, de constater que la quasi-totalité des personnes enquêtées (94%) connaissent d'autres usagers de drogues. Seuls cinq (5) personnes déclarent ne fréquenter aucun autre consommateur et ne connaître que la personne qui leur vend le ou les produits qu'elles consomment. De ce point de vue, on ne perçoit pas de différence significative entre les populations-cibles.

Les relations que les personnes entretiennent avec les autres usagers de drogue sont le plus souvent amicales ou simplement liées à l'achat de drogues. La plupart des usagers affirme consommer entre eux des drogues et se fréquenter régulièrement, voire quotidiennement. C'est le cas en particulier chez les travailleuses du sexe et les usagers en population générale, entre lesquelles une certaine forme de solidarité peut se créer entre consommateurs de drogues :

- ✓ « Ce sont mes amis d'enfances et nous sommes très proches. Je n'ai aucun problème avec eux ». (UD-01)
- ✓ « Nous sommes nés et avons grandi ensemble dans le quartier. Ce sont mes amis d'enfance ». (UD-02)
- ✓ « Ce sont des gens que j'ai connu chez le vendeur de cannabis et on prenait ensemble. L'amitié s'arrête là-bas ». (UD-03)
- ✓ « Ce sont des relations de consommateurs seulement, sinon il n'y a rien ». (UD-04)

- ✓ « Relation d'amitié, mais aussi circuit d'achat et de revente aux autres usagers ». (DE-01)
- ✓ « Relation d'amitié et collègues, c'est-à-dire de travail ». (DE-02)
- ✓ « C'est mon réseau de vente et d'achat surtout, sinon on ne se connaît pas trop comme ça ». (DE-08)
- ✓ « Beaucoup d'entre eux sont des amis d'enfance qui sont restés à Bobo. Ici ceux que je connais, on se voit au coin où on prend notre dose et puis on se sépare ». (PV-11)
- ✓ « On s'entraide et on a besoin de fumer pour oublier : toutes les filles de joie fument pour faire ce travail, sinon on ne pourrait pas supporter ce genre de chose ». (TS-07)
- ✓ « Mon père fumait la drogue devant moi. A 10 ans, je connaissais déjà la Gandja et j'ai commencé à fumer à l'âge de 18 ans. Quand je prends, je cause bien, je me comporte très bien. Donc je continue d'en prendre avec mes amis d'enfance, dans le quartier, on s'aide souvent pour en acheter » (Focus UD-01).

Mais cette proximité et ces relations amicales, voire une certaine forme de solidarité entre usagers de drogues, entraînent également des difficultés du point de vue des personnes enquêtées. D'une part, certains évoquent la difficulté de réduire ou de mettre un terme à leur consommation de drogues dans un environnement ayant lui-même largement recours aux mêmes produits. D'autre part, certaines personnes décrivent un climat de méfiance propice à la délation et à la dénonciation :

- ✓ « C'est chacun pour soi. Je n'ai pas de vrais amis pour m'aider. Je me méfie d'eux, car ils peuvent me vendre à la police ». (UD-08)
- ✓ « Elles sont toutes hypocrites vis-à-vis de moi et je me méfie ». (PV-06)
- ✓ « Parfois on fume ensemble, mais rarement car je préfère fumer seul. Entre filles [travailleuses du sexe], on ne s'entend pas du tout, surtout nous les étrangères de nationalité nigérienne ». (TS-06)
- ✓ « En 2009, j'étais avec un ami qui trouvait la cocaïne pour moi et qui a été arrêté dans un squat. Comme il pouvait être enfermé longtemps, il a eu peur et m'a dénoncé pour sortir [être libéré après une garde-à-vue]. J'ai fait deux mois à la MACO ». (PV-18)

4. Sexualité, prévention et dépistage des IST/VIH/Sida

A. Fréquence et types de rapports sexuels

88% des personnes enquêtées ont eu une sexualité active au cours des douze derniers mois, parmi lesquels 1/3 ont eu des rapports sexuels quasi quotidiens. Toutefois, cela ne reflète pas la fréquence des rapports sexuels en population générale, mais bien plutôt la composition de notre échantillon d'enquête : les travailleuses du sexe, qui représentent 22% de l'échantillon, ont toutes déclaré « sortir » pratiquement tous les soirs à la recherche de clients.

Il est cependant intéressant de noter que 31% des détenus de la MACO affirment avoir eu des relations sexuelles au cours de l'année, ce qui peut s'expliquer de trois manières différentes :

- Cela peut correspondre aux autorisations de sorties délivrées par les autorités pénitentiaires aux détenus dont le comportement est jugé suffisamment correct pour bénéficier d'une permission au cours de laquelle ils peuvent voir leur conjoint(e) ;
- Il peut également s'agir de relations homosexuelles entre détenus ;
- Enfin, il se peut que certains détenus enquêtés ne soient pas incarcérés depuis 12 mois et aient donc eu des relations sexuelles avant leur détention à la MACO.

Remarquons également la fréquence importante des relations sexuelles chez les PvVIH interrogées, qui déclarent toutes avoir eu plusieurs rapports sexuels mensuels au cours des douze derniers mois (la moitié affirmant même avoir des rapports sexuels quasi quotidiens). Ces chiffres seront d'autant plus intéressants lorsque nous aborderons plus loin le relâchement des comportements de prévention sous l'emprise des produits consommés.

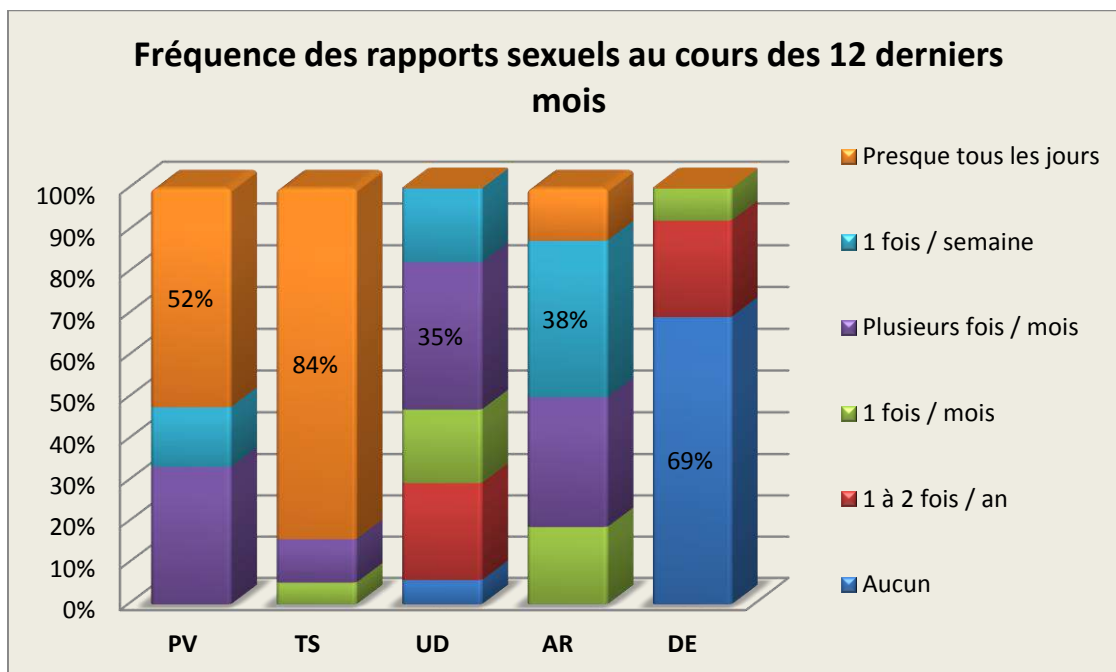


Figure 28 : Fréquence des rapports sexuels chez les personnes enquêtées

La fréquence élevée des rapports sexuels contre de l'argent ou contre un don s'explique largement par la proportion importante de travailleuses du sexe enquêtées : 63% des personnes enquêtées admettent ainsi avoir déjà eu au moins une fois un rapport sexuel contre de l'argent, et plus de la moitié au moins une fois un rapport sexuel contre un don matériel.

Toutefois, il convient de noter que chez les femmes et les jeunes filles, ce type de relations sexuelles ne concerne pas seulement celles identifiées comme travailleuses du sexe, puisque de nombreuses femmes infectées par le VIH affirment avoir elles aussi recourir à la prostitution de manière occasionnelle ou régulière pour pouvoir acheter les produits qu'elles consomment. Par ailleurs, de nombreux hommes déclarent avoir eu recours aux services de ces dernières, en particulier parmi les usagers de drogues en population générale et parmi les hommes infectés par le VIH.

% de personnes (n=86)	% Général	PV	TS	UD	AR	DE
Ayant eu au moins 1 fois des rapports sexuels contre de l'argent :	63%	90%	100%	59%	19%	23%
Ayant eu au moins 1 fois des rapports sexuels contre un don :	51%	76%	68%	41%	44%	8%

Tableau 23 : Fréquence des rapports sexuels contre de l'argent ou un don matériel

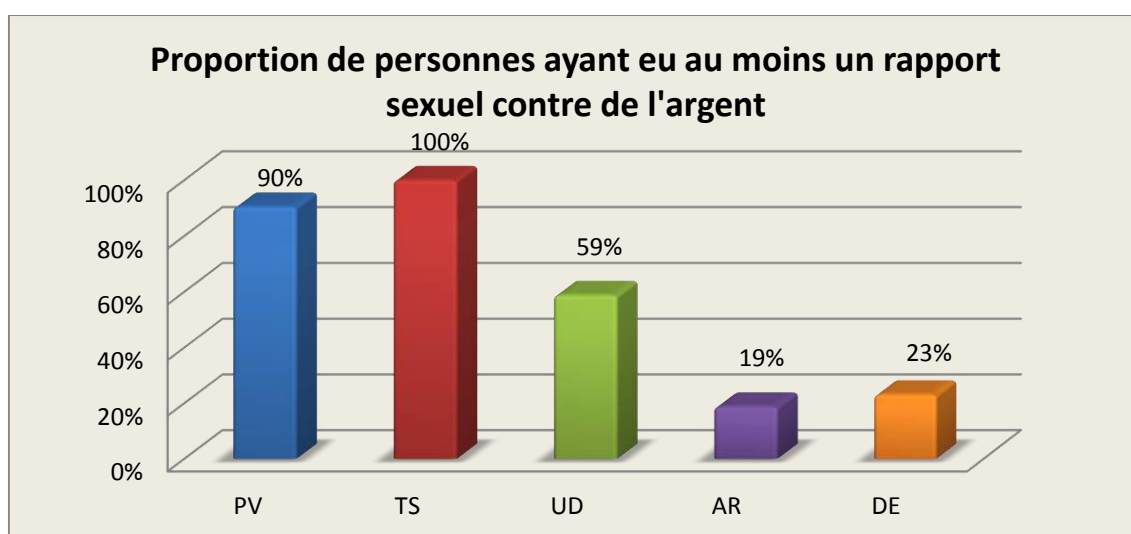


Figure 29 : Fréquence des rapports sexuels contre de l'argent chez les personnes enquêtées

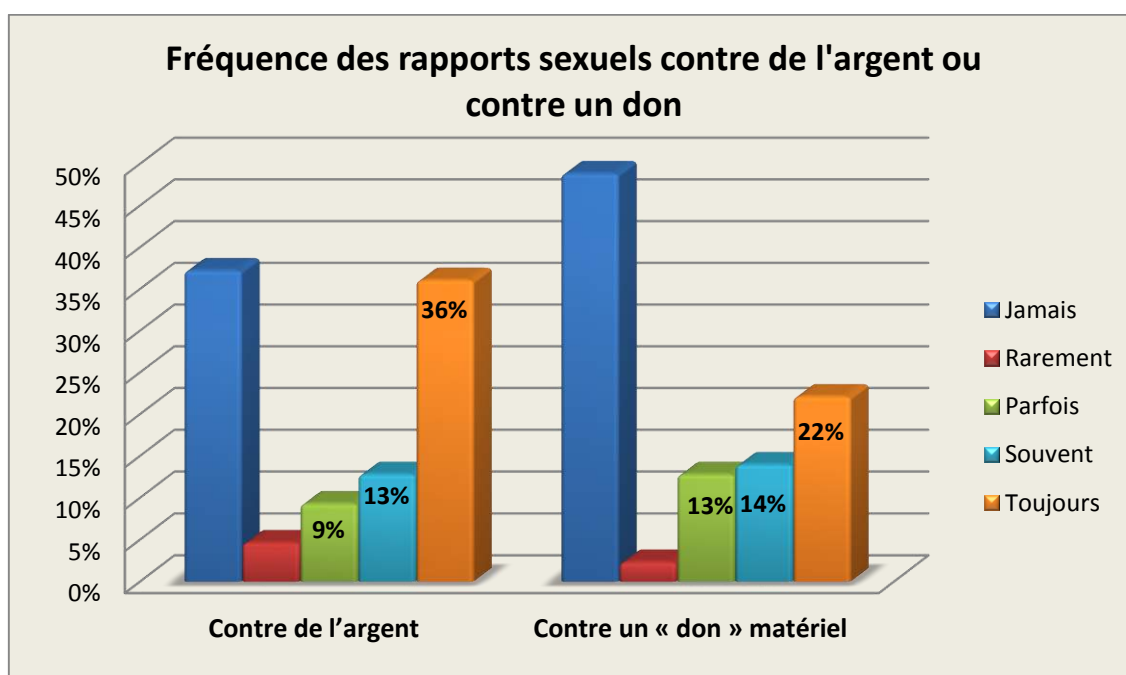


Figure 30 : Fréquence des rapports sexuels contre un don matériel chez les personnes enquêtées

B. Recours aux moyens de prévention des IST/VIH/Sida

Le moyen de prévention le plus utilisé par les enquêtés est le préservatifs masculins : 44% affirment l'utiliser souvent, et 36% déclarent même l'employer de manière systématique. La fidélité à un partenaire sexuel unique est citée comme moyen de prévention par 1/3 des personnes enquêtées, mais de manière moins régulière et davantage comme une « solution de rechange » lorsque ces personnes ne disposent pas de préservatifs ou pas simplement lorsqu'elles ne sont pas en mesure d'avoir des rapports sexuels fréquents (cas des détenus de la MACO, notamment) :

Avez-vous déjà utilisé ces méthodes de prévention des IST/VIH/Sida ? (n=86)	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
– Préservatifs masculins	7	2	8	38	31
– Préservatifs féminins	72	11	1	0	2
– Abstinence	61	11	9	3	2
– Fidélité à un partenaire sexuel unique	57	10	7	3	9
– Utilisation de seringues neuves	78	1	3	3	1
– Stérilisation du matériel d'injection	81	2	0	2	1

Tableau 24 : Utilisation des méthodes de prévention des IST/VIH/Sida chez les personnes enquêtées

Dans la mesure où certains moyens de prévention sont rarement cités (tels que l'utilisation des préservatifs féminins ou l'abstinence), et où le recours au condom masculin est très souvent surévalué dans ce genre d'études, nous avons demandé aux personnes enquêtées de nous expliquer les raisons pour lesquelles il leur arrive de ne pas se protéger des IST/VIH/Sida.

Comme l'on pouvait s'y attendre, près de la moitié d'entre elles (42%) expliquent qu'elles n'ont pas toujours des préservatifs masculins à leur disposition et qu'elles ont parfois, de ce fait, des rapports sexuels non protégés. Plus de 1/3 des personnes enquêtées (36%) admettent également ne pas songer à se protéger lorsqu'elles sont « dans le feu de l'action », c'est-à-dire au moment d'avoir un rapport sexuel.

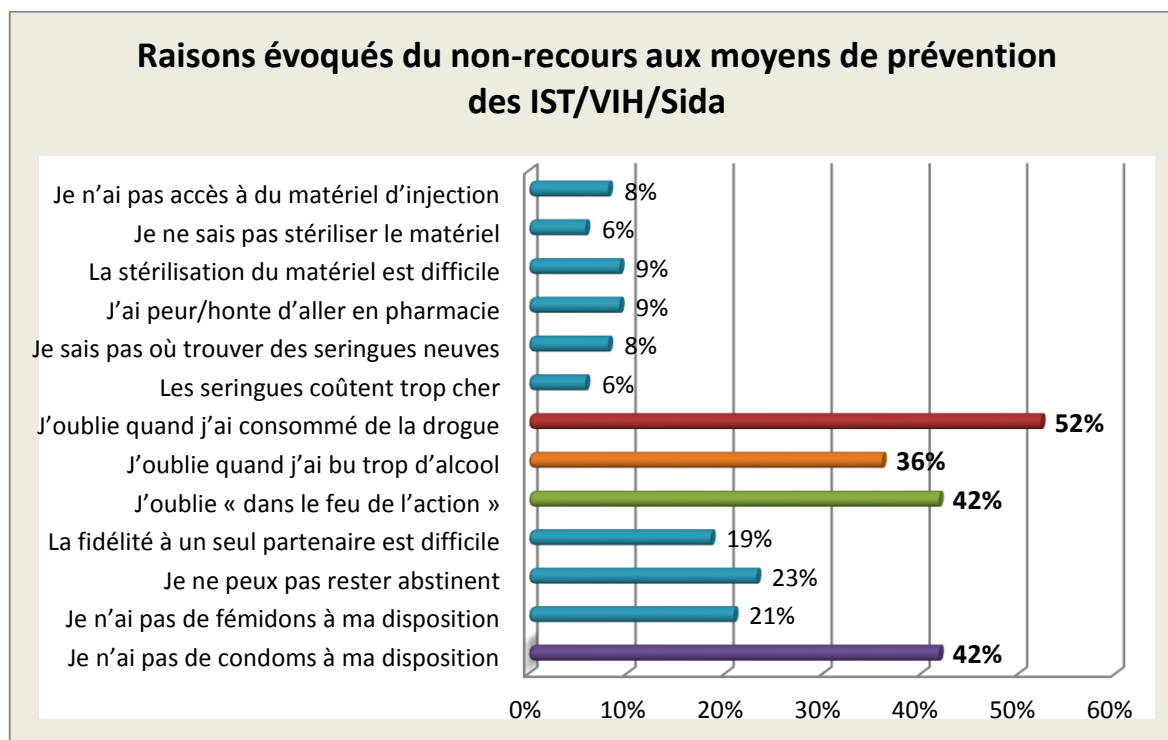


Figure 31 : Raisons évoquées du non-recours aux moyens de prévention par les personnes enquêtées

Mais les réponses les plus fréquentes confirment surtout l'une de nos hypothèses de recherche, c'est-à-dire un relâchement important des comportements de prévention lorsque les personnes enquêtées consomment des drogues. Ainsi, 52% d'entre elles déclarent « oublier de se protéger quand [elles ont] consommé de la drogue », et 36% n'utilisent aucun moyen de prévention « quand [elles ont] bu trop d'alcool ». Rapportés à la fréquence élevée des rapports sexuels au sein de l'échantillon d'enquête, ce relâchement des comportements de prévention représentent donc un risque majeur d'exposition au VIH pour les personnes enquêtées :

Il est par ailleurs intéressant d'observer que ce relâchement des comportements de prévention s'exprime nettement pour toutes les populations-cibles enquêtées, à l'exception des détenus de la MACO : le non-recours aux moyens de prévention sous l'emprise des effets de la drogue est en effet cités par 76% des PvVIH, 69% des artistes, 58% des travailleuses du sexe et 41% des usagers de drogues en population générale :

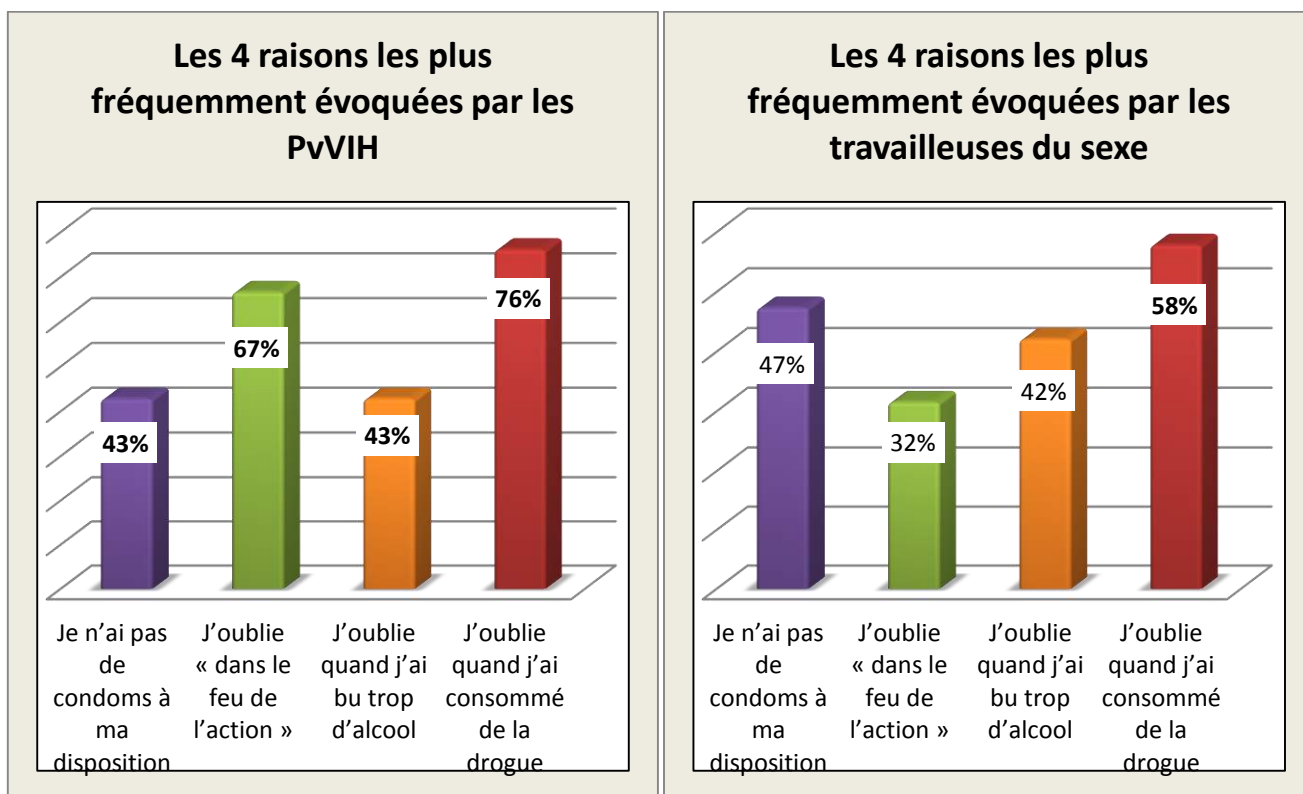
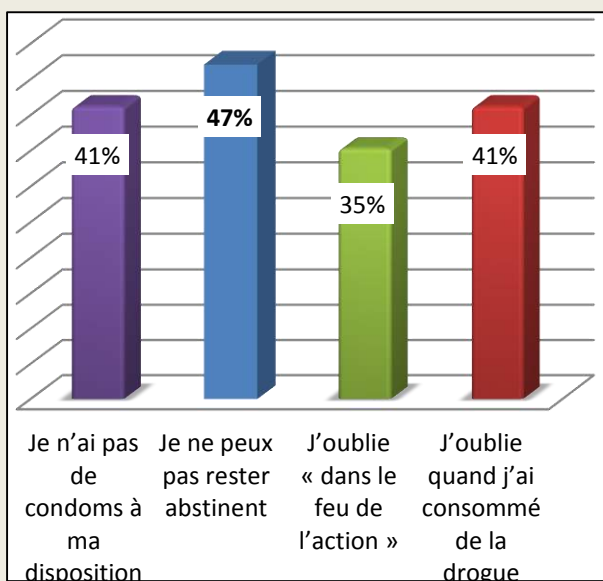


Figure 32 : Les 4 raisons les plus fréquemment évoquées par les PvVIH et les Travailleuses du sexe pour ne pas se protéger des IST/VIH/Sida

Les 4 raisons les plus fréquemment évoquées par les usagers de drogues



Les 4 raisons les plus fréquemment évoquées par les artistes

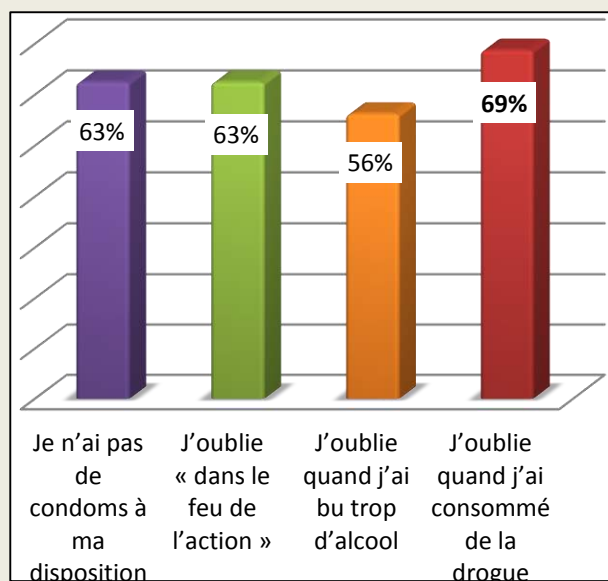


Figure 33 : Les 4 raisons les plus fréquemment évoquées par les usagers de drogues en population générale et les artistes pour ne pas se protéger des IST/VIH/Sida

Chez les détenus de la MACO, les raisons qui les amènent à ne pas toujours se protéger sont beaucoup plus « classiques » et sont liées aux difficultés d'accès aux préservatifs masculins et féminins, ou à la difficulté de rester abstinent ou de rester fidèle à un partenaire sexuel unique :

Les 4 raisons les plus fréquemment évoquées par les détenus

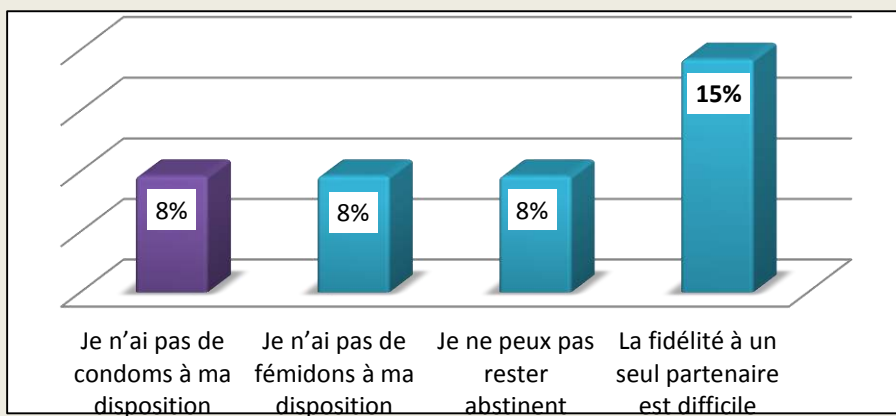


Figure 34 : Les 4 raisons les plus fréquemment évoquées par les détenus de la MACO pour ne pas se protéger des IST/VIH/Sida

C. Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Plus de 1/3 des personnes interrogées déclarent avoir déjà souffert d'une infection sexuellement transmissible (IST) au cours de leur vie. Mais les chiffres varient beaucoup selon les populations-cibles, la fréquence des IST étant très élevée chez les PvVIH (62%) et chez les travailleuses du sexe (47%), moindre

chez les artistes et les usagers de drogues en population générale (respectivement 38% et 29%), et nettement plus faible chez les détenus de la MACO (8%) :

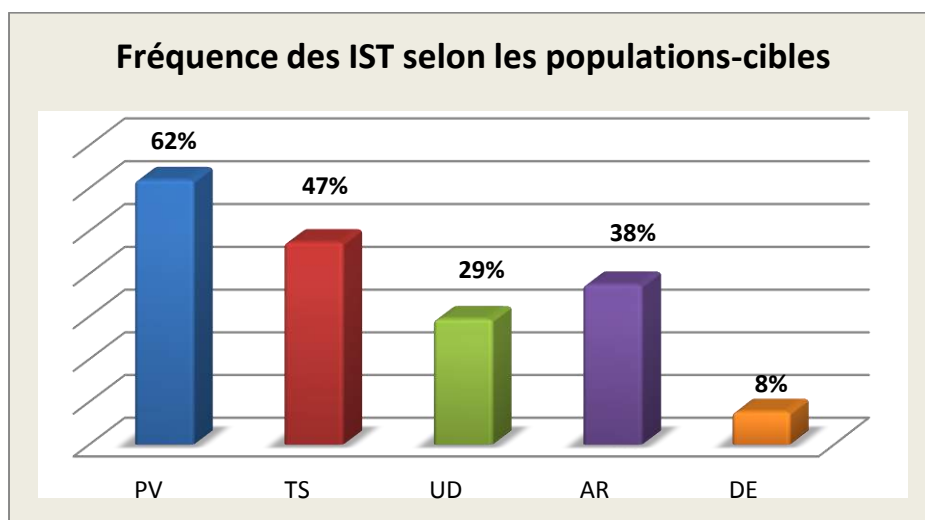


Figure 35 : Fréquence des IST selon les populations-cibles enquêtées

Ces résultats semblent donc confirmer le relâchement des comportements précédemment évoqué et lié à la consommation de drogues et d'alcool. Les IST étant l'une des « portes d'entrée » majeures de l'infection à VIH, ces données mettent également en exergue le risque élevé d'exposition au VIH/Sida des personnes enquêtées.

De nombreuses personnes enquêtées ne sont pas capables de citer le nom de l'IST ou des IST dont elles ont souffert (soit parce qu'elles ne s'en souviennent pas, soit parce qu'elles n'en ont pas été informées), mais les IST et/ou les signes évocateurs les plus fréquemment évoqués étaient :

- Des démangeaisons au niveau des parties génitales ;
- Des boutons blancs sur le pénis ou sur les grandes lèvres du sexe ;
- Des pertes blanches et des saignements urinaires chez les femmes ;
- La gonococcie chez les hommes.

En cas d'IST, 61% d'entre elles sont allées consulter un professionnel de la santé dans une structure sanitaire publique ou privée (médecin hospitalier, gynécologue ou autre agent de santé), tandis que 21% ont préférées être soignées dans une association (37% lorsqu'il s'agit des PvVIH) :

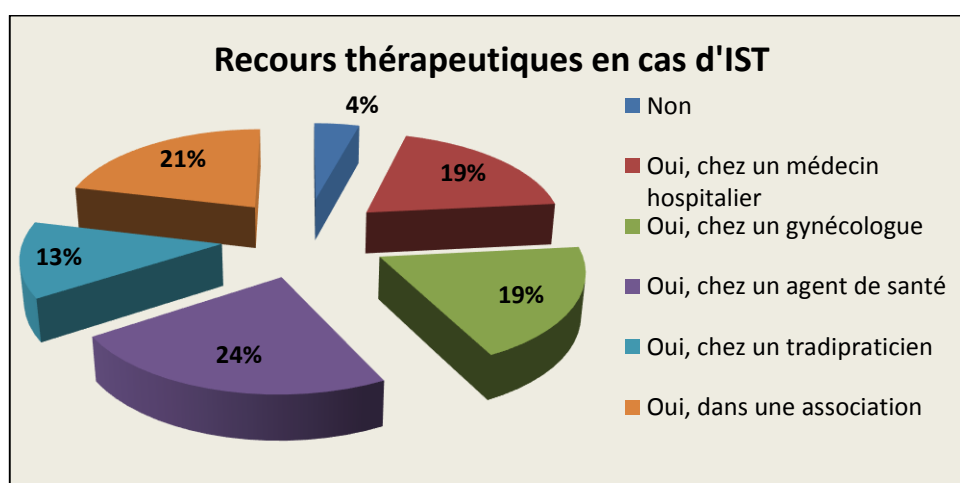


Figure 36 : Recours thérapeutiques des personnes enquêtées en cas d'IST

D. Dépistage du VIH/Sida

Plus des 2/3 des personnes enquêtées (71%) ont déjà effectué un test de dépistage au cours de leur vie. Cela témoigne du fait qu'à Ouagadougou, le dépistage du VIH est progressivement et depuis déjà plusieurs années, devenu une démarche ordinaire pour une bonne partie de la population :

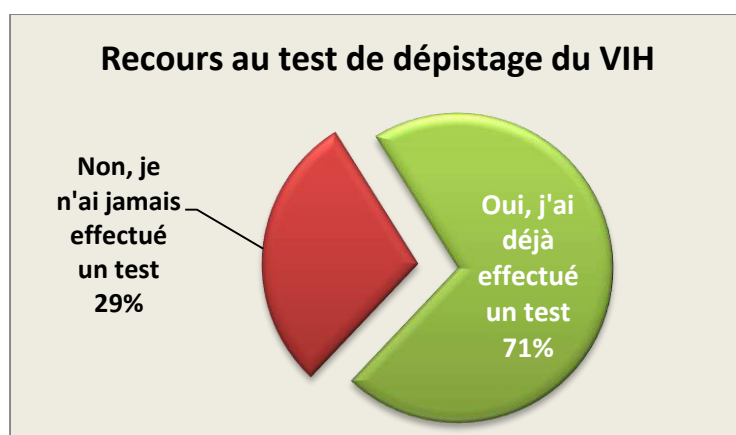


Figure 37 : Recours au dépistage du VIH/Sida chez les personnes enquêtées

Les PvVIH enquêtées ont toutes été identifiées dans les structures de prise en charge, ce qui implique forcément qu'elles aient effectué un test de dépistage et connaissent leur statut sérologique. En revanche, on observe de fortes disparités entre les groupes-cibles : si 95% des travailleuses du sexe ont déjà été dépistées (et fréquentent d'ailleurs régulièrement les centres de dépistage), seulement 44% des artistes et 31% des détenus de la MACO connaissent leur statut sérologique.

Au cours de votre vie, avez-vous déjà effectué un test de dépistage du VIH ?	Nombre (n=86)	% Général	PV	TS	UD	AR	DE
<input type="checkbox"/> Oui	61	71%	100%	95%	65%	44%	31%
<input type="checkbox"/> Non	25	29%	0%	5%	35%	56%	69%

Tableau 25 : Recours au dépistage du VIH/Sida selon les populations-cibles enquêtées

Les principales raisons évoquées par les personnes n'ayant jamais effectué un test de dépistage du VIH sont :

- Le fait d'être détenu à la MACO, où le dépistage n'est pas accessible en dehors de quelques campagnes organisées ponctuellement par des structures extérieures (56% des détenus) ;
- La peur d'effectuer un test et de connaître son statut sérologique (78% des artistes et 29% des usagers de drogues en population générale) ;
- Le manque d'information sur les lieux de dépistage (22% des détenus et 14% des usagers de drogues en population générale) ;
- Et le fait d'être fidèle à un partenaire sexuel unique ou d'utiliser systématiquement des préservatifs.

Si vous n'avez jamais effectué un test de dépistage du VIH, pour quelle(s) raison(s) ?	Nombre (n=86)	% Général	PV	TS	UD	AR	DE
<input type="checkbox"/> J'utilise toujours des préservatifs	2	8%	NP	0%	14%	11%	0%
<input type="checkbox"/> Je suis fidèle à un partenaire sexuel unique	2	8%	NP	0%	0%	0%	22%

<input type="checkbox"/> Je n'ai jamais consommé par injection	0	0%	NP	0%	0%	0%	0%
<input type="checkbox"/> Je ne sais pas où faire un test de dépistage	3	12%	NP	0%	14%	0%	22%
<input type="checkbox"/> J'ai peur de faire un test de dépistage	10	38%	NP	100%	29%	78%	0%
<input type="checkbox"/> Autre	9	35%	NP	0%	43%	11%	56%

Tableau 26 : Raisons évoquées par les personnes enquêtées n'ayant jamais été dépistées

En ce qui concerne les personnes enquêtées ayant déjà effectué au moins une fois un test de dépistage du VIH, les lieux de dépistage les plus fréquemment cités sont très nettement les associations (57% des répondants), surtout chez les artistes et les détenus grâce aux campagnes de dépistage mobile organisées par ces structures.

Viennent ensuite les structures sanitaires publiques (15%) ou les cliniques privées (12% seulement répondants, mais 27% des travailleuses du sexe reçues en consultations dans des centres spécifiques tels que le Centre Zoodo à Dapoya ou la clinique du projet Vaccin VIH de l'ANRS-Burkina) :

Si vous avez effectué un test de dépistage du VIH, où êtes-vous allé le faire ?	Nombre (n=61)	% Général	PV	TS	UD	AR	DE
<input type="checkbox"/> Une structure sanitaire publique	11	15%	21%	18%	6%	0%	25%
<input type="checkbox"/> Une clinique privée	9	12%	13%	27%	0%	0%	0%
<input type="checkbox"/> Un cabinet médical privé	3	4%	4%	0%	13%	0%	0%
<input type="checkbox"/> Un laboratoire privé	7	9%	4%	9%	19%	13%	0%
<input type="checkbox"/> Une association	42	57%	58%	41%	56%	88%	75%
<input type="checkbox"/> Autre	2	3%	0%	5%	6%	0%	0%

Tableau 27 : Lieux de dépistage fréquentés par les personnes enquêtées

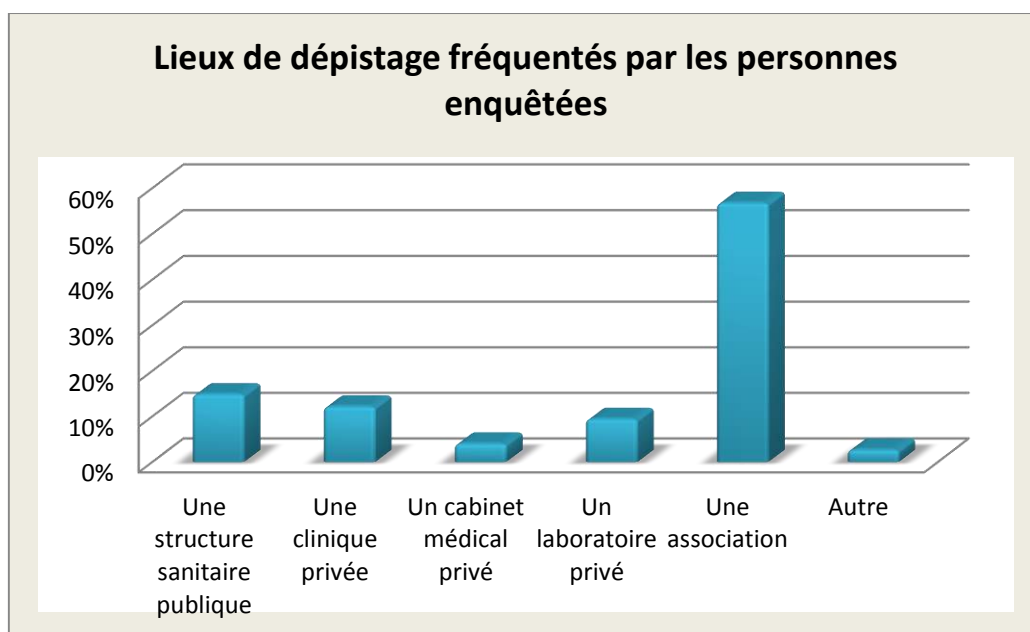


Figure 38 : Lieux de dépistage fréquentés par les personnes enquêtées

A l'exception d'un détenu ayant effectué un test de dépistage avant sa détention et n'ayant pas pu aller chercher les résultats de son test, toutes les personnes enquêtées ont été informées du résultat de leur test de dépistage.

Sur les soixante et une (61) personnes enquêtées ayant effectué un test de dépistage, vingt-sept (27) nous ont informé du fait qu'elles étaient séropositives au VIH (soit 47% d'entre elles). Seules trois (3) personnes n'ont pas souhaité nous informer de leur statut sérologique.

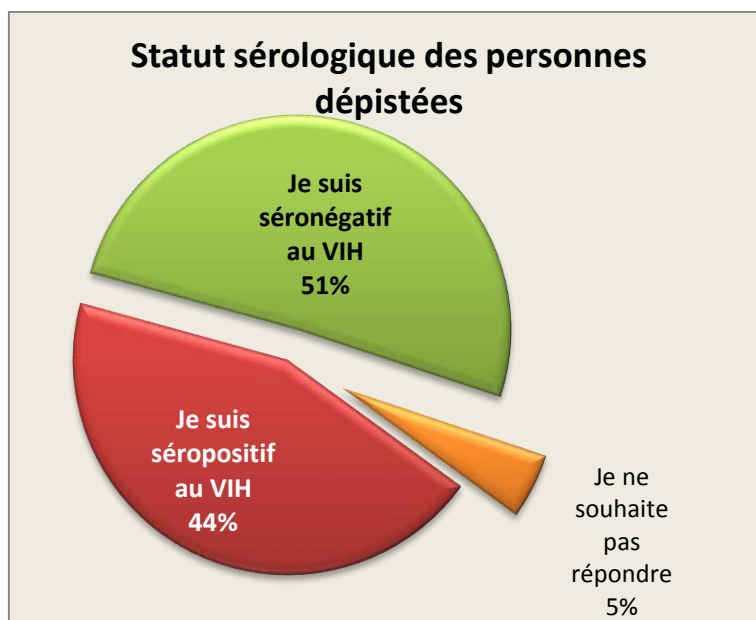


Figure 39 : Statut sérologique des personnes enquêtées

5. Etat de santé général et accès aux soins

A. Etat de santé général et prise de médicaments

Globalement, les personnes que nous avons rencontrées et interrogées estiment que leur état de santé est « plutôt satisfaisant » (45%) ou même « très satisfaisant » (26%). Moins d'un tiers d'entre elles pensent que leur état de santé général est « peu satisfaisant » ou « pas du tout satisfaisant » :

Par rapport aux personnes de votre âge, pensez-vous que votre état de santé est :	Nombre (n=86)	% Général
<input type="checkbox"/> Très satisfaisant	22	26%
<input type="checkbox"/> Plutôt satisfaisant	39	45%
<input type="checkbox"/> Peu satisfaisant	18	21%
<input type="checkbox"/> Pas du tout satisfaisant	7	8%

Tableau 28 : Perception de leur état de santé général par les personnes enquêtées

Mais la perception que les enquêtés ont de leur état de santé diffère assez nettement selon les populations-cibles. Les PvVIH, les travailleuses du sexe et les usagers de drogues en population générale sont ainsi plus nombreux que les artistes et surtout les détenus, à penser que leur état de santé est peu ou pas du tout satisfaisant :

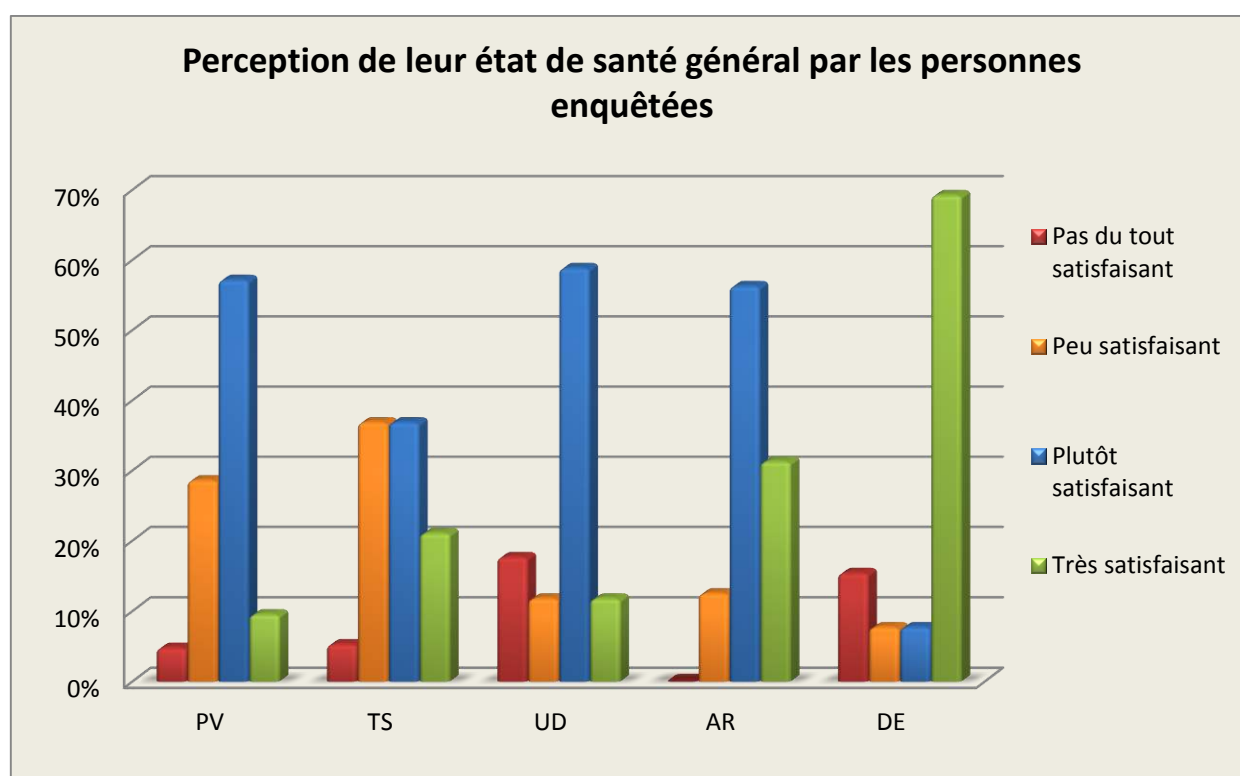


Figure 40 : Perception de leur état de santé général par les personnes enquêtées

Au sein de notre échantillon d'enquête, environ la moitié des répondants déclarent rencontrer assez ou très souvent des problèmes de sommeil (43%), manquer d'énergie (40%), se sentir inquiets (44%) ou se sentir déprimés (53%). Ces problèmes psychologiques expliquent sans doute en grande partie que près de 20% des personnes interrogées admettent penser régulièrement à se suicider :

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé... (n=86)	Jamais	Rarement	Assez souvent	Très souvent	Assez ou très souvent
– D’avoir des problèmes de sommeil	37	12	28	9	43%
– D’être inquiet	36	12	25	13	44%
– De manquer d’énergie	29	23	25	9	40%
– De vous sentir déprimé	33	7	34	12	53%
– De penser au suicide	67	3	8	8	19%

Tableau 29 : Fréquence des problèmes psychologiques rencontrés par les personnes enquêtées

S’agissant des problèmes de sommeil et des états dépressifs, ils apparaissent particulièrement fréquents chez les PvVIH et les travailleuses du sexe, fréquents chez les usagers de drogue en population générale et chez les détenus, et beaucoup plus rares chez les artistes :

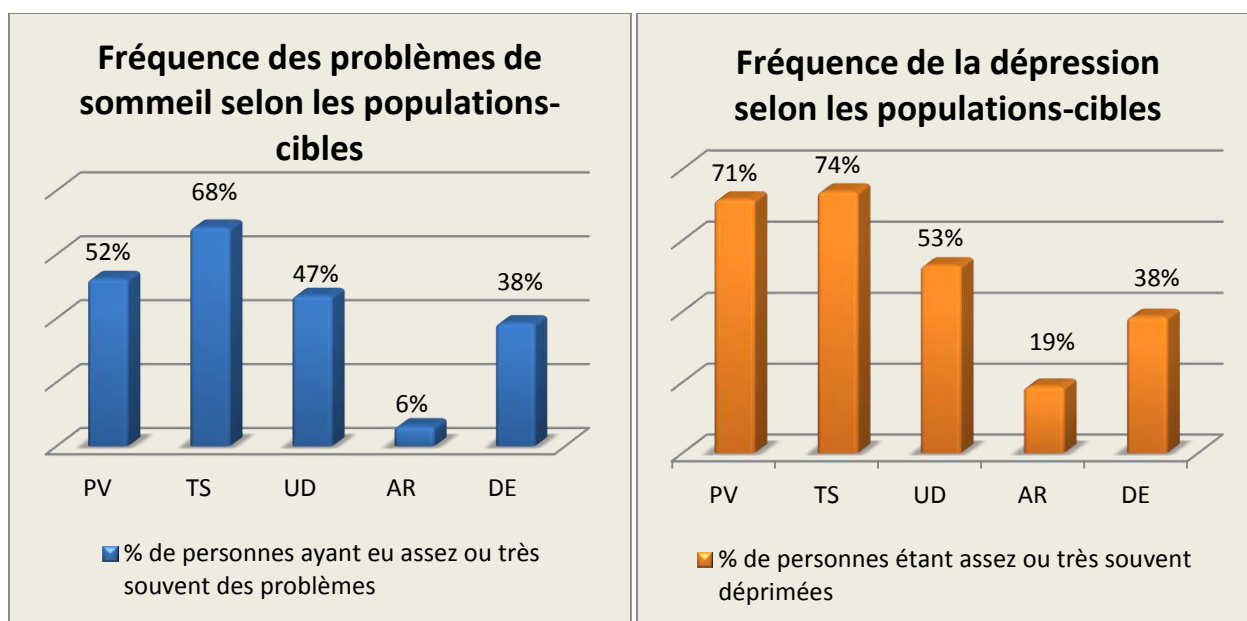


Figure 41 : Fréquence des problèmes de sommeil et de la dépression chez les personnes enquêtées

Logiquement, les idées suicidaires sont donc nettement plus fréquentes chez les personnes vivant avec le VIH et chez les travailleuses du sexe, parmi lesquelles respectivement 38% et 26% ont déjà pensé assez ou très souvent à mettre fin à leur jour en se suicidant :

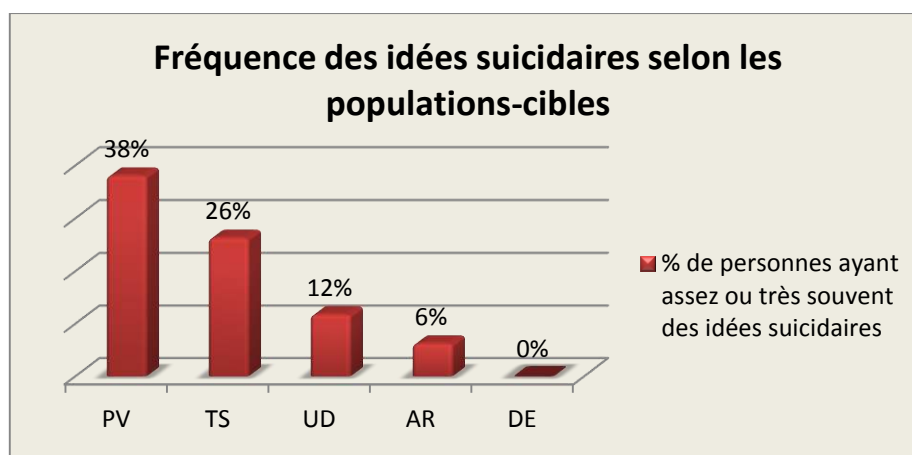


Figure 42 : Fréquence des idées suicidaires chez les personnes enquêtées

Face à ces diverses situations (inquiétudes, angoisses, dépresses, dépressions, idées suicidaires), 46% des répondants ont eu recours à des médicaments pour tenter de résoudre leurs problèmes psychologiques. Ces recours médicamenteux visent différents objectifs : lutter contre le stress et l'anxiété (27% des TS) ou combattre les insomnies (29% des PvVIH), mais aussi retrouver de l'énergie et se stimuler pour travailler (26% des usagers de drogues en population générale et 20% des TS), ou encore faire la fête afin d'oublier les soucis de la vie quotidienne (31% des PvVIH et 17% des artistes) :

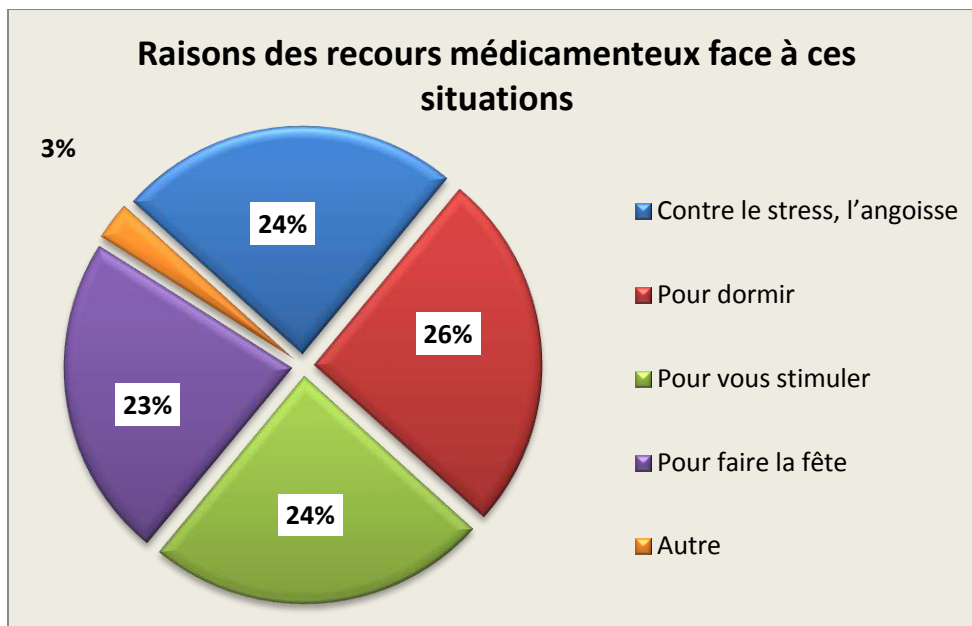


Figure 43 : Raisons des recours médicamenteux face à ces situations par les personnes enquêtées

Lorsqu'on observe le profil des personnes n'ayant pas eu de recours médicamenteux pour faire face à leurs problèmes psychologiques, on remarque logiquement qu'il est l'exact contraire du profil des personnes ayant des idées suicidaires : 38% des PvVIH ont souvent des idées suicidaires et seulement 14% d'entre elles n'ont jamais eu recours aux médicaments, tandis que 6% des artistes songent à se suicider et que 67% d'entre eux ne prennent aucun médicament face à un problème psychologique.

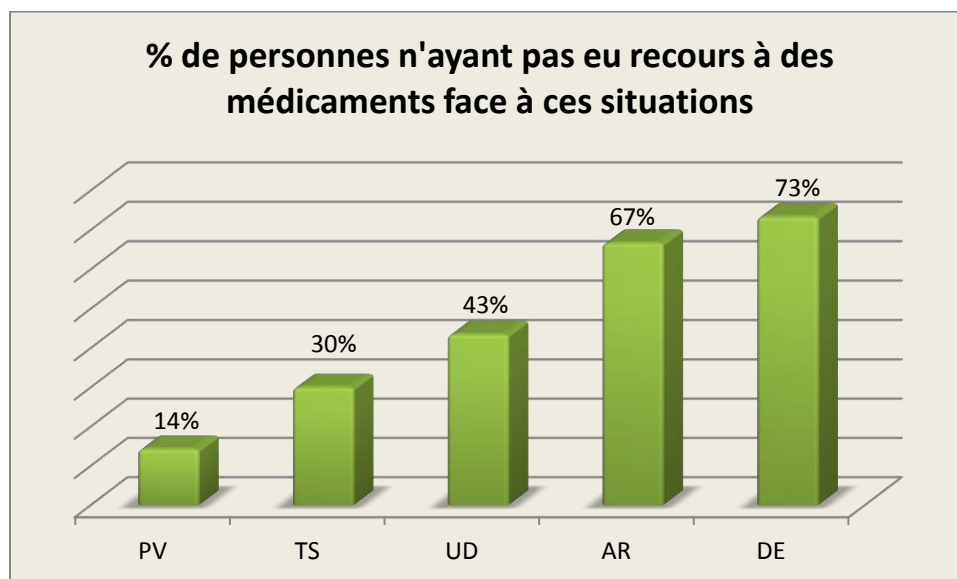


Figure 44 : Proportion des personnes enquêtées n'ayant jamais eu recours aux médicaments face à ces situations

Concernant les personnes enquêtées ayant eu recours à des médicaments pour « oublier » leurs angoisses ou soigner leur dépression, il convient de préciser que plus de la moitié (57%) ont pris cette décision d'elles-mêmes ou après en avoir discuté avec un membre de leur entourage (parent ou ami), mais sans consulter un professionnel de santé. Seuls 25% des répondants sont allés en consultation auprès d'un médecin ou d'un agent de santé pour se faire prescrire un traitement médical.

Il s'agit donc ici d'une importante proportion d'automédication, qui peut recouvrir la consommation de produits pharmaceutiques (dont certains sont facilement accessibles sans ordonnance médicale dans les officines privées à Ouagadougou), mais aussi la consommation de produits illicites (antidépresseurs ou anxiolytiques de contrefaçon, vendus sur les étals des marchés ou par les vendeurs ambulants de la capitale) :

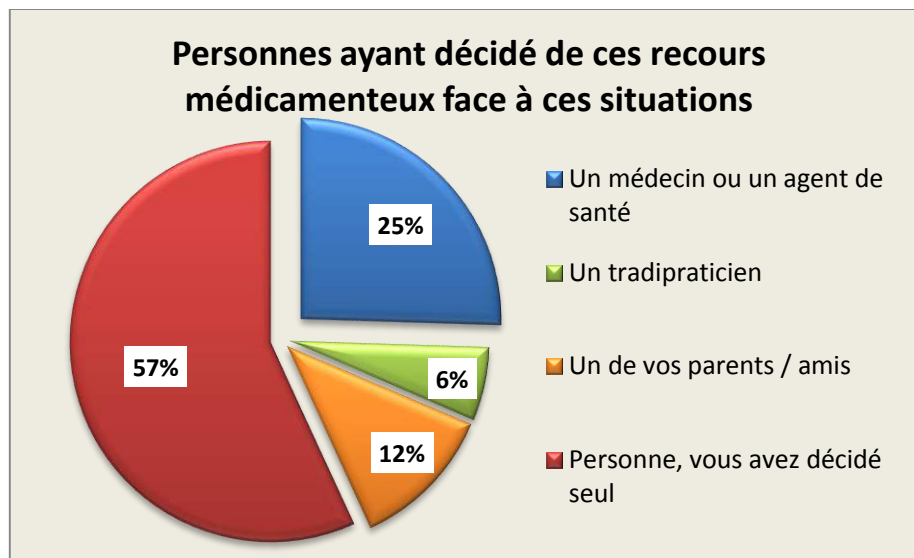


Figure 45 : Personnes ayant décidé de ces recours médicamenteux face à ces situations

B. Recours général aux services de santé

D'une manière générale, l'usage de drogues n'est pas un sujet abordé dans les relations soignants-soignés au Burkina Faso. Du point de vue des usagers de drogues en effet, il est préférable de garder secrète leur consommation : « Nous avons peur d'être dénoncés par l'agent de santé. Nous consommons dans la clandestinité » (Mapping UD-01) ; « On n'a jamais cherché à aller en consultation pour cause de drogue. On a peur d'être dénoncées à la police. Celui à qui tu avoueras fumer de la drogue, même si c'est un agent de santé il ne va pas chercher à comprendre » (Focus TS-01). La plupart des répondants soupçonne ainsi les agents de santé de rompre la confidentialité lors de leurs consultations. A ce propos un enquêté raconte : « Je me souviens, une fois, quand j'étais malade en 2007, l'agent de santé a prélevé mon sang. Puis, il m'a dit de faire venir mon père. Dès qu'il est arrivé, [mon père] a refusé de supporter les frais des soins. Je crois donc qu'il a dû dire à mon père que je fume » (Mapping UD-01). Un autre ajoute que « l'attitude l'agent de santé lors de ma maladie ne m'a pas plu. Je n'étais pas d'accord avec ce qu'il a fait, mais je n'ai rien dit ».

Sans doute parce qu'elles bénéficient de programmes spécifiques d'accès aux soins, les PvVIH usagères de drogues et les travailleuses du sexe ont par ailleurs un recours plus fréquent et plus régulier aux services de santé en général, et aux consultations médicales en particulier. Ainsi, près des ¾ des personnes vivant avec le VIH et la moitié des travailleuses du sexe ont consulté un médecin à plusieurs reprises au cours des douze derniers mois :

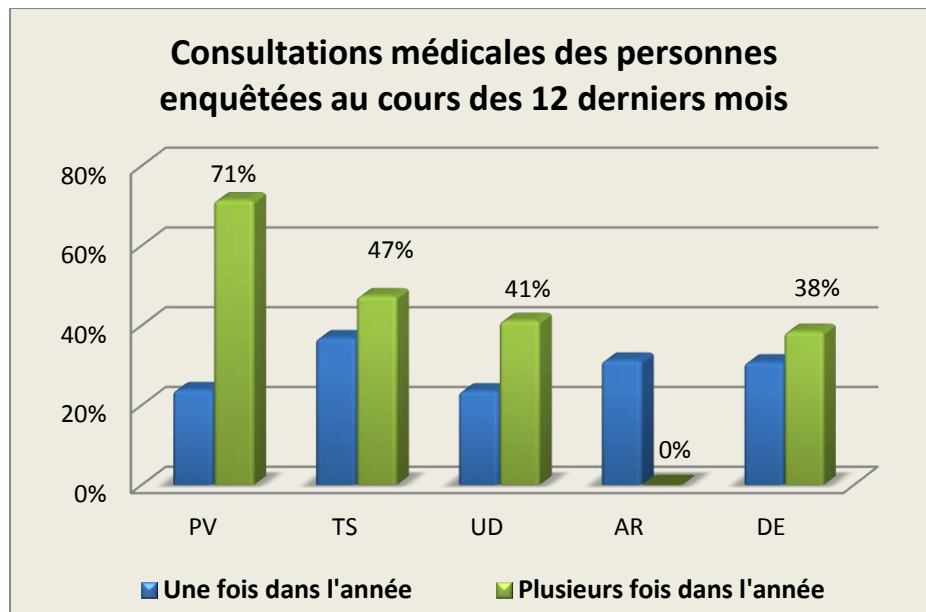


Figure 46 : Consultations médicales des personnes enquêtées au cours des 12 derniers mois

On remarque que les détenus interrogés à la MACO et les usagers de drogue en population générale, qui estiment pourtant le plus souvent avoir un état de santé satisfaisant, ont néanmoins assez fréquemment recours aux consultations médicales. Certains usagers enquêtés affirment ainsi que « nous savons qu'il ya des risques à fumer de la drogue, puisque ce qu'on fume peut ne pas être de bonne qualité, [et que] les agents de santé peuvent nous aider à choisir la bonne qualité ». Certains usagers admettent également que « le soutien d'un agent de santé peut m'aider » (Focus UD-02).

La moitié des personnes enquêtées déclarent être sous traitement médical depuis au moins six mois (au moment des entretiens) et sur prescription d'un professionnel de santé. Dans la quasi-totalité des cas, il s'agit de prescriptions portant sur des problèmes de santé physique :

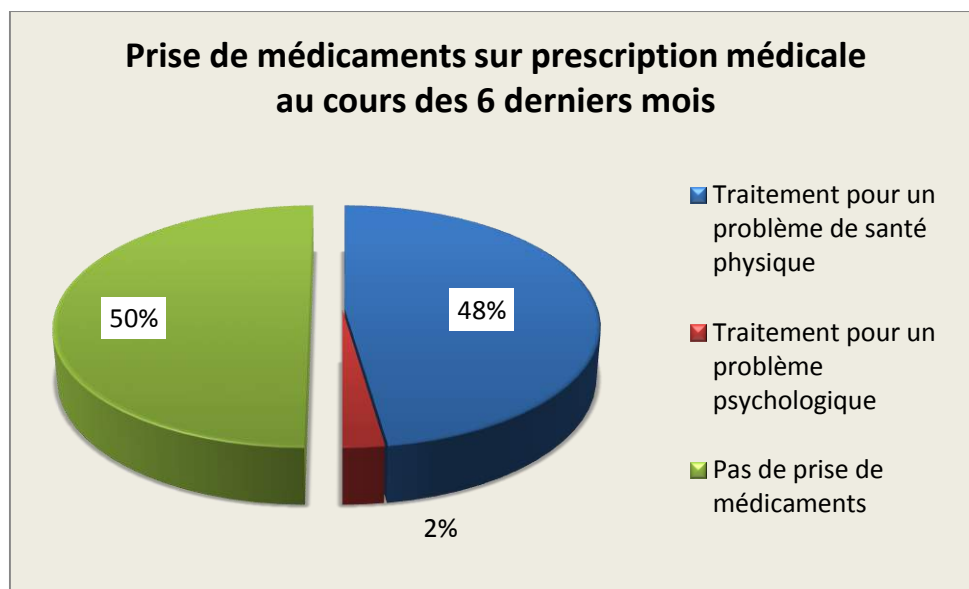


Figure 47 : Prises de médicaments sur prescription médicale au cours des 6 derniers mois

Certaines personnes interrogées n'ont pas souhaité répondre à la question de savoir quel était le traitement qu'elles suivent, mais les traitements les plus fréquemment cités étaient :

- Chez les PvVIH, un traitement antirétroviral ou un traitement contre une infection opportuniste ;

- Chez les détenus, des traitements contre les dermatoses (ce qui s'expliquent par les problèmes d'hygiène et les difficultés d'accès à l'eau que l'on rencontre en prison) ;
- Des traitements contre les IST chez les travailleuses du sexe, ou un traitement ARV pour celles qui nous ont informés de leur séropositivité au VIH.

Malgré ces problèmes de santé relativement récurrents et un recours régulier aux consultations médicales, un nombre assez faible de personnes enquêtées (12 au total) déclarent avoir été hospitalisées au cours des 12 derniers mois. Il s'agit presque exclusivement de PvVIH ou de travailleuses du sexe, qui évoquent le plus souvent une crise de paludisme pour expliquer ces hospitalisations :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà été hospitalisé ?	Nombre (n=86)	% Général	PV	TS	UD	AR	DE
<input type="checkbox"/> Oui, une fois	9	10%	19%	16%	6%	0%	8%
<input type="checkbox"/> Oui, plusieurs fois	3	3%	10%	5%	0%	0%	0%
<input type="checkbox"/> Non	74	86%	71%	79%	94%	100%	92%

Tableau 30 : Fréquence des hospitalisation au cours des 12 derniers mois

De la même manière, les consultations avec un psychologue sont plutôt rares et seules les PvVIH et les travailleuses du sexe usagères de drogues y ont recours. Et ces recours s'établissent de façon généralement ponctuelle et plutôt auprès de structures associatives, dans le cadre du suivi d'une infection à VIH. Cela confirme donc qu'en cas de problèmes d'ordre psychologique, les prises de traitements se font plutôt sous la forme de l'automédication, comme nous l'avons vu plus haut :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un psychologue ?	Nombre (n=86)	% Général	PV	TS	UD	AR	DE
<input type="checkbox"/> Oui, une fois	15	17%	57%	11%	0%	0%	8%
<input type="checkbox"/> Oui, plusieurs fois	9	10%	19%	16%	12%	0%	0%
<input type="checkbox"/> Non	62	72%	24%	74%	88%	100%	92%

Tableau 31 : Fréquence des consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois

Enfin, il en va de même pour le recours à toute forme de soutien associatif : les associations d'information, de prévention et de prise en charge ne sont fréquentées que par les usagers de drogues déjà suivies en raison de leur statut sérologique (les PvVIH) ou de leur appartenance à un groupe-cible spécifique des associations de lutte contre le VIH/Sida (en l'occurrence les travailleuses du sexe). Aucun des artistes et des détenus consommant des drogues que nous avons interrogés, n'est allé voir un conseiller associatif au cours des douze derniers mois :

Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allés voir un conseiller associatif ?	Nombre (n=86)	% Général	PV	TS	UD	AR	DE
<input type="checkbox"/> Oui, une fois	6	7%	14%	11%	6%	0%	0%
<input type="checkbox"/> Oui, plusieurs fois	22	26%	67%	37%	6%	0%	0%
<input type="checkbox"/> Non	58	67%	19%	53%	88%	100%	100%

Tableau 32 : Fréquence des consultations associatives au cours des 12 derniers mois

Pour autant, cela ne signifie pas que les usagers de drogues que nous avons rencontrés sont hostiles à toute démarche associative : ils estiment au contraire que les associations pourraient fournir « un appui-conseil pour arrêter de fumer la drogue ». Selon les participants d'un focus-group, le monde communautaire devrait envisager un travail de proximité et « les associations devraient faire un pas vers les

consommateurs de ces produits. On est ouvert à eux. On est prêt à les accueillir, mais ils doivent venir vers nous pour échanger avec nous, nous donner des conseils. »

Face à une mobilisation associative jugée trop faible, voire inexistante, certaines personnes enquêtées se proposent de créer leur propre association pour travailler sur cette problématique : « C'est pourquoi on veut créer notre propre association. Nous ne connaissons pas pour le moment une association sur la drogue » et « même les associations de lutte contre le Sida ne font pas de sensibilisation sur la drogue » (Mapping UD-01).

C. Information et soutien psychosocial pour les usagers de drogues infectés par le VIH

L'analyse des données qui suivent sur les usagers de drogues infectés par le VIH, porte sur les vingt-sept (27) personnes nous ayant informé de leur statut sérologique et de leur séropositivité au VIH. Vingt et une (21) ont été interrogés parce qu'elles avaient été identifiées et approchées en tant que PvVIH ; pour les six (6) autres personnes infectées, l'information nous a été donnée au cours des entretiens individuels. Les données suivantes abordent donc des aspects du suivi médical et psychosocial à travers une série de questions posées uniquement aux personnes infectées par le VIH pendant les entretiens individuels.

La première question posée aux PvVIH portait sur les informations et les conseils dont elles bénéficient depuis qu'elles ont été informées de leur statut sérologique. Plus de 4 PvVIH sur 5 bénéficient de ce type de soutien auprès d'une association (96%), d'une structure sanitaire ou d'un médecin/agent de santé (85%). La famille et les tradipraticiens sont également des sources d'information importantes. En revanche, le recours aux conseils des amis, voisins, collègues, prêtres, pasteurs ou imams, apparaît nettement moins fréquent :

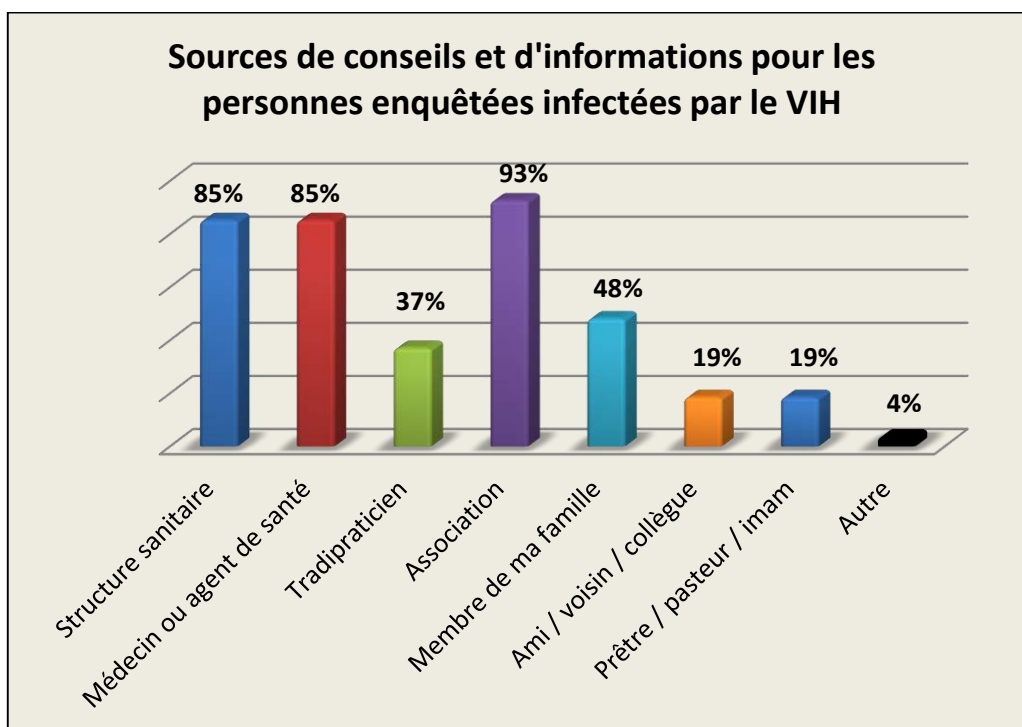


Figure 48 : Sources de conseils et d'information pour les personnes enquêtées infectées par le VIH

Sur le plan psychologique, moral et spirituel, le soutien dont bénéficient les personnes infectées par le VIH provient là aussi très largement des associations (81% des répondants) et des structures sanitaires (67%). Mais la famille (59%), les amis et les voisins (30%) semblent également jouer un rôle important pour les PvVIH usagères de drogues.

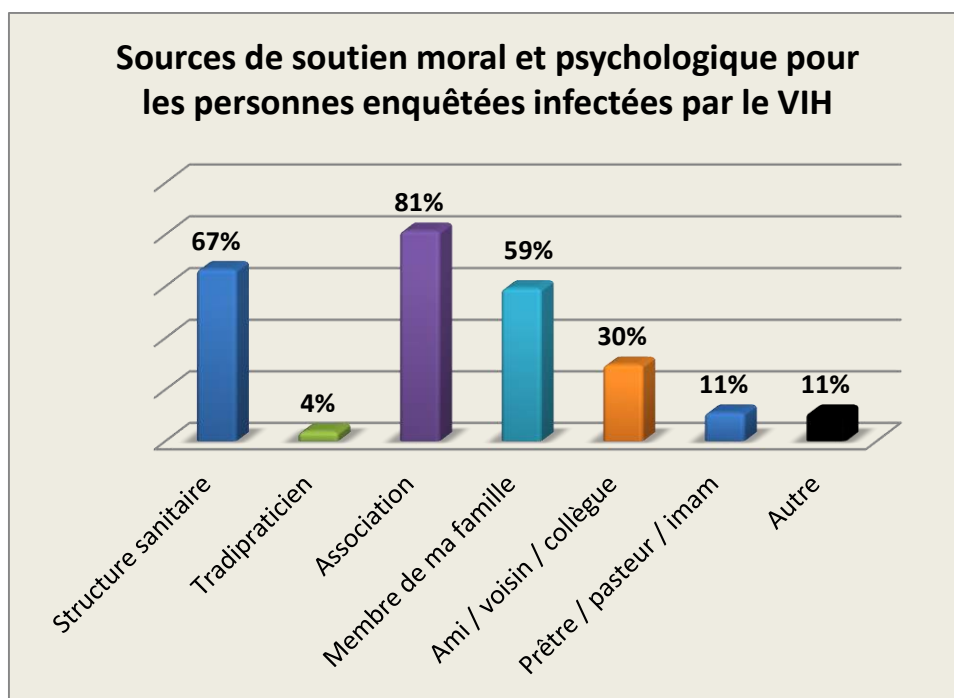


Figure 49 : Sources de soutien moral et psychologique pour les personnes enquêtées infectées par le VIH

Soulignons cependant que les informations et conseils reçus, de même que le soutien psychologique ou moral fourni par l'entourage immédiat ou élargi des PvVIH usagères de drogues, ne concernent que rarement la consommation de drogues. Le manque d'implication des associations est parfois ressenti comme une frustration :

- ✓ « Même les associations de lutte contre le Sida ne font pas de sensibilisation sur la drogue » (PV-09) ;
- ✓ « Les associations ne viennent pas vers nous. Se lever et aller vers elles parce qu'on est consommateur de drogues, c'est prendre le risque de se faire railler et refouler. Tu ne seras même pas écouté » (PV-17).
- ✓ « On voudrait que les associations viennent vers nous les jeunes, et se servent des jeunes pour atteindre les autres » (Focus UD-01)

Et lorsque le sujet des drogues ou de la toxicomanie est abordé, les usagers estiment le plus souvent qu'il existe une confusion entre les différents produits, « une mauvaise perception par les gens des messages de prévention sur la drogue » et « une confusion dans les messages ». Globalement, « les messages sont bons, mais les conditions de vie ne permettent pas aux gens de les respecter ». C'est particulièrement le cas des travailleuses du sexe, qui expliquent qu'elles ne pourraient pas trouver la force morale nécessaire pour se prostituer sans consommer de drogues : « Tant que nous n'allons pas changer de travail, on ne peut pas arrêter. On prend la drogue pour travailler » (Focus TS-01).

De nombreux usagers de drogues souhaiteraient également qu'une distinction soit établie concernant le cannabis. Les campagnes officielles contre le cannabis ne sont guère appréciées des participants aux séances de mapping, qui pensent que la consommation de ce produit n'est pas mauvais pour la santé :

- ✓ « Ceux qui prennent les comprimés peuvent commettre des crimes, alors que [avec] le cannabis, il n'y a rien ». (Focus TS-02)
- ✓ « Je trouve que la pub selon laquelle le cannabis n'est pas bien, est fausse. Il faut qu'ils s'approchent des gens, qu'ils comprennent pourquoi les gens le fument ». (Focus UD-01)

- ✓ « Il faut sensibiliser les populations sur la différence entre les drogues. Les gens mélange tout. Si on voit quelqu'un qui disjoncte, on indexe l'herbe alors qu'il y a plus toxique que ça ». (Focus UD-01)
- ✓ « Vous savez, 90% des jeunes sont des fumeurs de cigarettes, et eux [les autorités sanitaires] disent quoi ? C'est vrai que parmi les fumeurs des drogues, il y a des gens qui n'arrivent pas à supporter les doses, et ça se complique pour eux. Mais ce n'est pas le cas chez tous les fumeurs de drogue ». (Mapping UD-01)

La plupart des personnes enquêtées expliquent ensuite qu'elles bénéficient de conseils et de soutien qu'en tant que personnes infectées par le VIH (sur l'importance de leur suivi médical ou sur les traitements qu'elles prennent, sur la manière dont elles doivent faire face à leur séropositivité, etc.), mais qu'elles éprouvent beaucoup de mal à parler de leur usage de drogues avec ces mêmes personnes. Cela peut certainement s'expliquer par une attitude d'auto-stigmatisation, mais également par le manque de formation des personnels de santé. Ces derniers sont en effet rarement à l'aise avec leurs patients lorsqu'il s'agit d'aborder le sujet de la consommation de substances addictives, et sont encore peu enclins à discuter de pratiques encore extrêmement tabous au Burkina Faso et que beaucoup d'entre eux désapprouvent fortement.

D. Suivi médical des usagers de drogues infectés par le VIH

Sur le plan médical, les $\frac{3}{4}$ des PvVIH usagères de drogues que nous avons interrogées sont suivies à la fois par une association et par une structure sanitaire. Cela reflète largement le dispositif de prise en charge existant au Burkina Faso, où les structures associatives jouent un rôle majeur dans le dépistage de l'infection à VIH et dans sa prise en charge psychosociale, mais aussi dans le suivi médical des PvVIH. A Ouagadougou, une dizaine d'associations gère des centres médicaux agréés par le Ministère de la Santé et sont ainsi habilitées à prescrire et délivrer des traitements antirétroviraux.

Quant au rôle des tradipraticiens, il est sans doute ici sous-évalué : seuls 11% des répondants déclarent ainsi être suivies médicalement par un tradipraticien, mais il est probable que nombre d'entre eux ne soient tout simplement pas prêts à admettre leur recours aux traitements traditionnels ou néo-traditionnels.

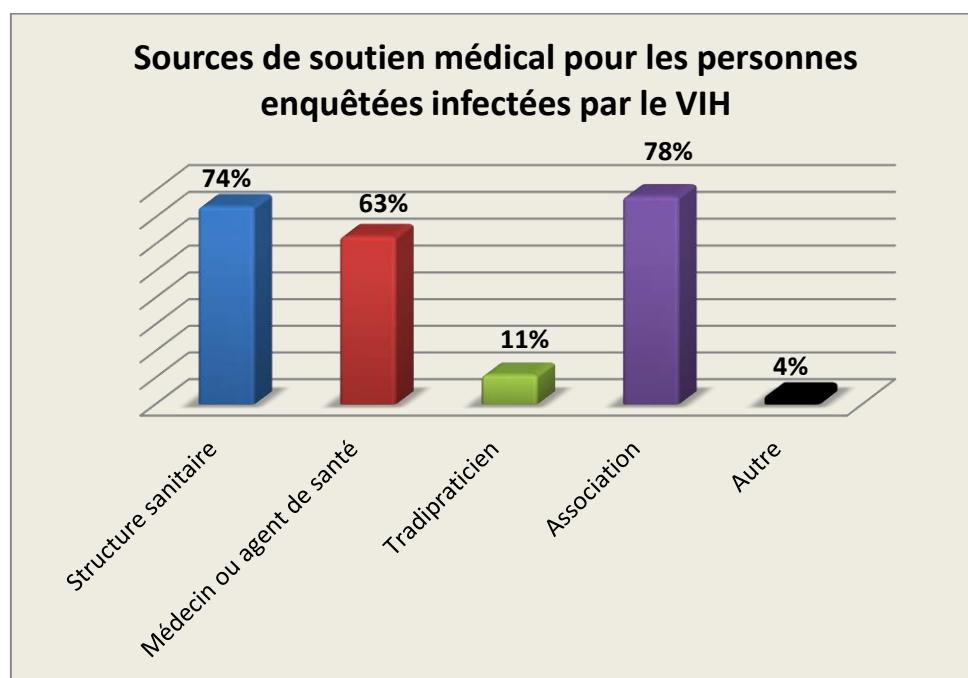


Figure 50 : Sources de soutien médical pour les personnes enquêtées infectées par le VIH

85% des PvVIH usagères de drogues que nous avons rencontrées sont actuellement sous traitement antirétroviral, et près des 2/3 d'entre elles sont également traitées pour une infection opportuniste. Cela confirme à la fois le fait qu'elles sont régulièrement suivies sur le plan médical, et le développement de l'accès aux ARV pour les personnes infectées au Burkina Faso et dans la capitale en particulier :

Prenez-vous actuellement l'un des traitements médicaux suivants ?	Oui	%	Non	%	NSP	%
– Traitement d'une IST	5	19%	22	81%	0	0%
– Traitement d'une infection opportuniste (IO)	17	63%	9	33%	1	4%
– Traitement antirétroviral (ARV)	23	85%	4	15%	0	0%

Tableau 33 : Prise de traitements médicaux par les personnes enquêtées infectées par le VIH

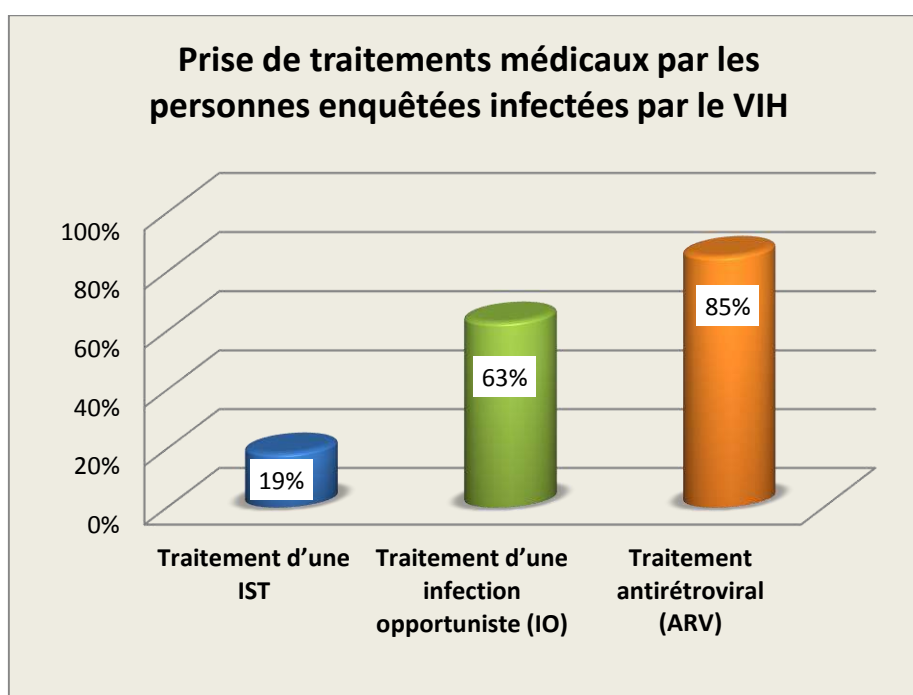


Figure 51 : Prise de traitements médicaux par les personnes enquêtées infectées par le VIH

Dans ces conditions, il est intéressant d'observer comment les PvVIH usagères de drogues parviennent à gérer leur suivi médical et la prise de leurs traitements. A ce titre, il est clair que les difficultés sont grandes pour les personnes que nous avons rencontrées : l'observance des traitements (respect du nombre de prise quotidienne et des horaires de prise) apparaît très aléatoire pour une majorité de PvVIH, et semble notamment se heurter à la difficulté de supporter les effets secondaires des ARV pour 52% d'entre elles.

De la même manière, le respect des rendez-vous médicaux apparaît difficile, puisque 74% des PvVIH interrogées ne se rendent pas toujours à leurs consultations, 67% ratent des rendez-vous pour leur approvisionnement en ARV, et 59% oublient plus ou moins régulièrement d'effectuer leurs examens de suivi biologique :

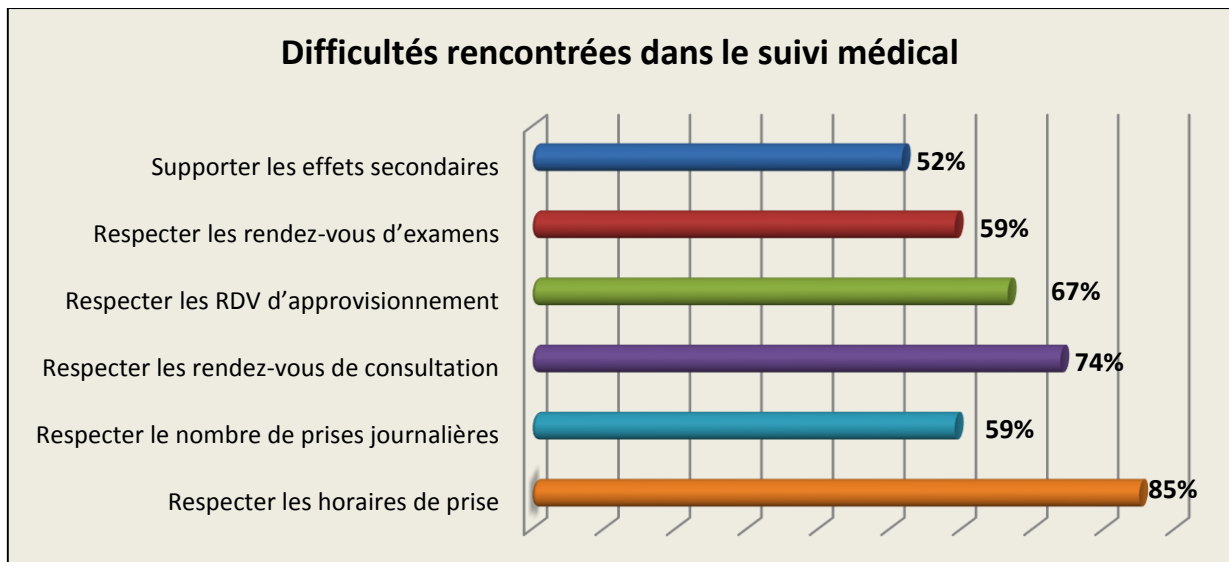


Figure 52 : Difficultés rencontrées dans leur suivi médical par les personnes enquêtées infectées par le VIH

Si vous suivez actuellement un traitement médical, rencontrez-vous des difficultés à ...	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Respecter les horaires de prise	4	11	7	5
Respecter le nombre de prises journalières	11	3	2	11
Respecter les rendez-vous de consultation	7	11	7	2
Respecter les RDV d'approvisionnement	9	10	7	1
Respecter les rendez-vous d'examens	11	9	5	2
Supporter les effets secondaires	13	3	5	6

Tableau 34 : Fréquence des difficultés rencontrées dans leur suivi médical par les personnes enquêtées infectées par le VIH

Quand on les interroge sur leur perception du lien entre leurs problèmes d'observance et/ou de suivi médical et leur usages de drogues, près de 1/3 des répondants affirment qu'il existe un lien de causalité, tandis que près de la moitié ne savent pas s'il est possible d'établir ce type de lien :

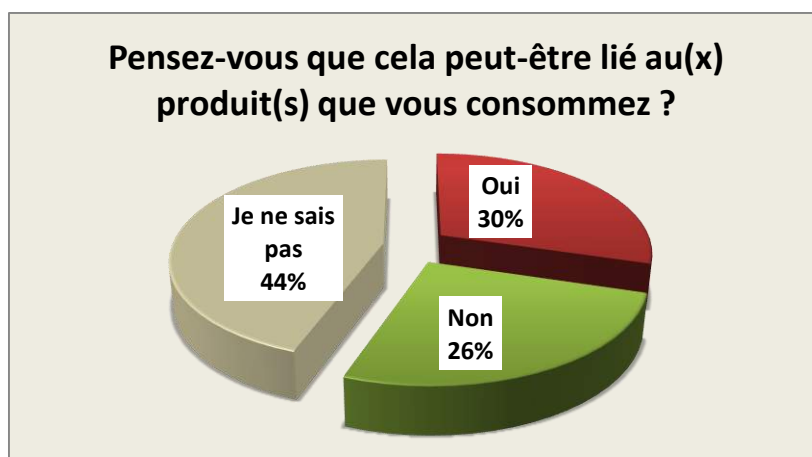


Figure 53 : Perception du lien entre les difficultés rencontrées dans le suivi médical et la consommation de drogues

Selon les PvVIH qui estiment que leur consommation de drogues influence négativement leur observance des traitements ou affecte la régularité de leur suivi médical, les explications les plus fréquentes sont illustrées par les témoignages suivants :

- ✓ « Il m'arrive de dépasser ma dose et ça me pardonne pas ». (PV02)
- ✓ « Soit on oublie les prises, soit on oublie les [traitements] ARV ». (PV-06)
- ✓ « Souvent quand je fume trop, je n'ai plus le courage de me lever le matin. Alors si j'ai rendez-vous tôt pour chercher mes ARV, je laisse le lendemain pour y aller ». PV-18

Concernant les effets secondaires des ARV subis par les PvVIH usagères de drogues que nous avons rencontrées, les plus fréquents sont les troubles du sommeil et les nausées (52% des répondants). Viennent ensuite les maux de ventre et une fatigue importante, et dans une moindre mesure, les maux de tête et les pertes d'appétit :

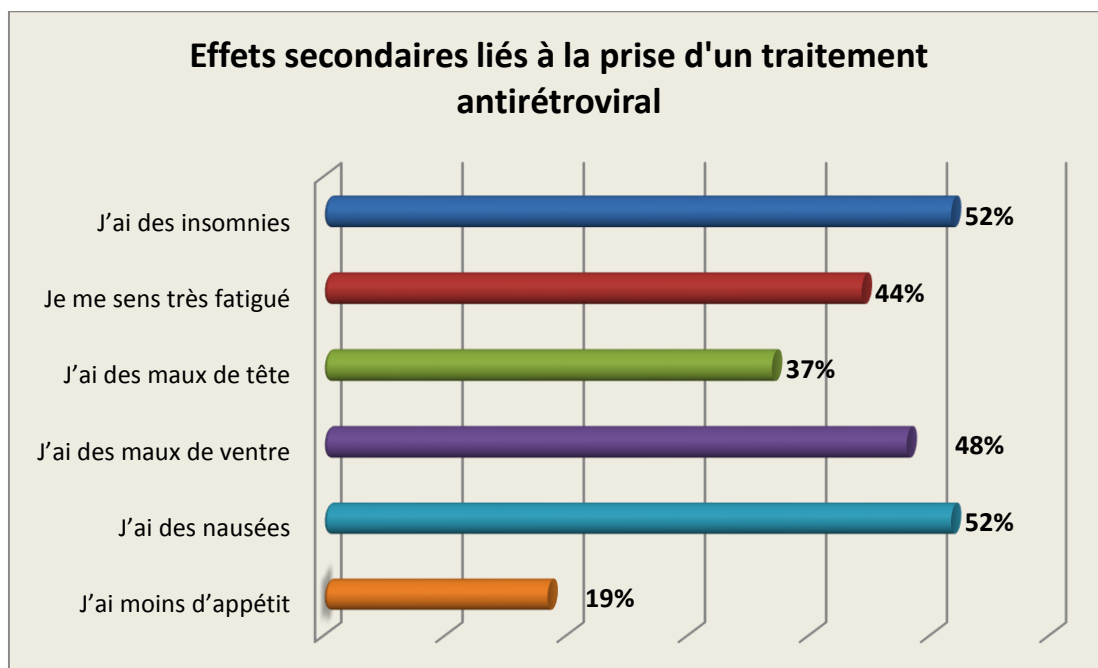


Figure 54 : Effets secondaires liées à la prise des ARV chez les personnes enquêtées infectées par le VIH

Depuis que vous prenez un traitement ARV, avez-vous constaté les situations suivantes ?	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
– J'ai moins d'appétit	22	3	1	1
– J'ai des nausées	13	3	5	6
– J'ai des maux de ventre	14	8	3	2
– J'ai des maux de tête	17	4	5	1
– Je me sens très fatigué	15	5	3	4
– J'ai des insomnies	13	6	5	3

Tableau 35 : Fréquences des effets secondaires liées à la prise des ARV chez les personnes enquêtées infectées par le VIH

De la même façon, les effets secondaires des traitements ARV sont donc visiblement très fréquents dans notre échantillon d'enquête, mais nous ne pouvons affirmer qu'ils le sont davantage que chez d'autres PvVIH, ni affirmer qu'il existe un lien de cause à effet entre consommation de drogue et fréquence des effets secondaires.

En revanche, il semble bien que la survenue d'effets secondaires puisse entraîner une augmentation de la consommation de drogues chez certaines PvVIH. En effet, 63% des répondants déclarent prendre des produits pour lutter contre certains effets secondaires, parmi lesquels des produits pharmaceutiques prescrits par leurs médecins, mais aussi divers produits tels que :

- Le cannabis pour lutter contre les nausées et les vomissements, ou pour retrouver de l'appétit ;
- Les anxiolytiques et les antidépresseurs contrefaits, employés face aux troubles du sommeil ou aux face aux sentiments d'inquiétude, de stress ou d'angoisse ;
- Ou encore les amphétamines pour combattre la fatigue.

- ✓ « *Je fume encore plus si j'ai des nausées, l'odeur me fait passer l'envie de vomir* ». (PV-09)
- ✓ « *Quand j'ai trop mal au ventre, je fume le caillou pour ne plus y penser, ça me détend complètement* ». (PV-12)
- ✓ « *Je fume le cannabis pour les nausées. Parfois je prends des amphétamines quand je suis très fatigué* ». (PV-18)

Bien qu'il ne nous soit pas possible d'affirmer que les difficultés rencontrées par les PvVIH enquêtées soient corrélées directement à la consommation de drogues (il conviendrait pour cela de comparer ces chiffres avec un échantillon de PvVIH non-usagères de drogues), cela témoigne au minimum d'une fréquence très élevée de problèmes d'observance des traitements au sein de notre échantillon d'enquête.

Ces chiffres, même s'ils mériteraient d'être affinés par d'autres études, mettent donc en exergue la nécessité d'un suivi spécifique des PvVIH qui consomment des drogues. Cela permettrait d'accompagner et de soutenir ces personnes dans l'observance de leurs traitements, mais aussi de leur proposer un dispositif de suivi médical qui tienne compte de leurs usages de substances addictives et des possibles interactions médicamenteuses entre les ARV et certaines drogues.

4^{ème} Partie

Projet ETUDES : Synthèse & Recommandations



1. Synthèse de l'analyse des résultats

Nous présentons ici une synthèse de l'analyse des résultats et des informations recueillies sur le terrain au regard des objectifs du projet ETUDES et de nos hypothèses de travail :

ÉLÉMENTS EXAMINÉS	PRINCIPAUX RESULTATS D'ANALYSE
Cadre juridique et institutionnel des stupéfiants au Burkina Faso	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le Code des Drogues ne comporte que des dispositions exclusivement répressives envers les producteurs, les fabricants, les distributeurs, détenteurs ou les consommateurs de stupéfiants ; ➤ Ni le Code Pénal, ni le Code de Santé publique, ni le Code des Drogues ne prévoient de procédures d'accès aux soins par les toxicomanes ;
Dispositif juridique et institutionnel en lien avec le VIH	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les modalités de mise en œuvre de la disposition qui prévoit qu'un tribunal peut en remplacement ou complément de la peine d'un toxicomane, prononcer des mesures de traitement ou de soins appropriés à son état et/ou à son statut sérologique, ne sont précisées par aucun texte ; ➤ La connotation très répressive de la lutte contre les stupéfiants aiguise la peur même de se déclarer, alors que le silence reste une entrave fondamentale aux efforts de prévention et de prise en charge des PvVIH ; ➤ Les PvVIH ont tendance à fuir les services juridiques lorsqu'elles sont victimes de stigmatisation ou de discrimination liées à leur statut sérologique ou à leur situation de toxicomane, et à se résigner à une situation qui remet fondamentalement en cause leur accès à la justice et aux droits humains.
Parcours personnels avec le tabac, l'alcool et les drogues	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La plupart des personnes enquêtées déclarent avoir commencé à consommer de la drogue très jeune, en moyenne à l'âge de 20 ans tous types de produits confondus ; ➤ Forte consommation de drogues parmi les personnes vivant avec le VIH, souvent simultanément avec l'alcool et le tabac ; ➤ Importante consommation de drogues en milieu prostitutionnel, essentiellement de cannabis et d'amphétamines ; ➤ Forte consommation de drogues dans le milieu artistique, y compris les produits les plus « durs » ; ➤ Circulation de drogues et d'alcool dans l'enceinte de la MACO malgré le règlement intérieur de la prison ; ➤ Recours très fréquents à de multiples produits (polytoxicomanies). ➤ Parcours personnels extrêmement difficiles parmi les TS (exploitation de la pauvreté et de la vulnérabilité)
Types de produits consommés et usages rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prépondérance du cannabis, des amphétamines et des produits à inhaler, avec une consommation généralement quotidienne et en quantité souvent très importante ; ➤ Nombre plus restreint de consommateurs de drogues dites « dures » (crack, cocaïne, héroïne), mais consommation de crack de plus en plus fréquente (notamment les TS, PvVIH et artistes) ; ➤ Consommation relativement faible d'héroïne mais présente dans toutes les populations-cibles ; ➤ Consommation d'autres produits que l'héroïne par voie intraveineuse (cocaïne, médicaments) ; ➤ Consommation de drogues souvent liée à un tabagisme important et une consommation d'alcool importante, voire à l'alcoolisme.

<p>Problèmes psychosocioéconomiques liés à la consommation de drogues</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Extrême vulnérabilité sociale et économique des franges de la population les plus pauvres, qui apparaît comme un facteur prépondérant incitant à la consommation de drogues mais aussi d'alcool et de tabac (TS, UD) ; ➤ Recours fréquents aux amphétamines et aux anxiolytiques dans divers milieux, mais avec une consommation davantage occasionnelle que régulière, guidée essentiellement par le besoin « d'oublier » des conditions de vie très dures et « d'affronter » un avenir souvent plus qu'incertain ; ➤ Fréquence des comportements stigmatisants et discriminatoires envers les usagers de drogues, aussi bien dans les cercles familiaux que dans l'entourage immédiat ou élargi des personnes.
<p>Sexualité, prévention et dépistage des IST/VIH/Sida</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fréquence élevée des rapports sexuels parmi les populations-cibles, y compris des rapports sexuels contre de l'argent/un don ; ➤ Faible utilisation de certains moyens de prévention tels que les préservatifs féminins ou le matériel d'injection ; ➤ Accès difficile au dépistage et sentiment de peur vis-à-vis du dépistage chez les UD, les artistes et les détenus de la MACO ; ➤ Relâchement très important des comportements de prévention chez les pers. séronégatives sous l'effet de la drogue et/ou de l'alcool ; ➤ Relâchement très important des comportements de prévention chez les PvVIH usagères de drogues lorsqu'elles viennent de consommer de la drogue et/ou de l'alcool ; ➤ Absence ou inadaptation des messages de prévention adressés aux usagers de drogues.
<p>Etat de santé général et accès aux soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accès relativement aisé aux services de santé pour les PvVIH et les TS grâce à des programmes de soins spécifiques ; ➤ Mais accès nettement plus difficile pour les usagers de drogues en population générale, les artistes et les personnes détenues à la MACO ; ➤ Difficulté d'établir un dialogue sur les usages de drogues entre soignants et soignés ; ➤ Conséquences négatives de la consommation de drogues sur l'observance des traitements et du suivi médical des usagers de drogues infectés par le VIH ; ➤ Fréquence élevée des effets secondaires des traitements ARV chez les usagers de drogues infectés par le VIH qui recourent souvent aux drogues pour y faire face.

2. Recommandations

A. Recommandations liées au cadre juridique

Au vu de notre analyse du cadre juridique au Burkina Faso et des insuffisances constatées, il paraît prioritaire de promouvoir la protection des personnes toxicomanes dans la lutte contre le VIH/Sida :

- En intégrant la question de la prise en charge de la toxicomanie comme volet pouvant permettre de réduire la transmission du VIH et assurer une meilleure prise en charge juridique des effets du VIH ;
- En adoptant le décret d'application de la loi portant Code des Drogues ;
- En entreprenant une large concertation entre professionnels de divers champs pour mettre à jour des textes existants, les compléter et les adapter aux normes internationales relatives aux droits humains ;
- En entreprenant une large sensibilisation sur les méfaits des drogues et sur les lois portant Code des Drogues et Code Pénal afin que les populations puissent s'approprier les enjeux juridiques de l'usage des stupéfiants au Burkina Faso.

B. Recommandations liées à la prévention de la toxicomanie et des usages de drogues

A la lumière des résultats de nos enquêtes, nous recommandons en matière de prévention de la toxicomanie et des usages de drogues :

- Que soit actualisée et complétée l'information fournie aux populations sur les drogues, en tenant compte des produits circulant à ce jour au Burkina et de l'évolution des connaissances scientifiques en matière de drogues ;
- Que soient élaborés des messages de prévention non plus seulement conçus en direction de la population générale, mais aussi en fonction des populations-cibles visées par les campagnes d'information et en fonction des produits considérés ;
- Que soient diversifiés les modes de communication et d'information utilisés pour la diffusion des messages de prévention de la toxicomanie et des usages de drogues ;
- Que le dispositif associatif et communautaire de prévention des IST/VIH/Sida déjà existant (séances d'éducation, animations musicales, prestations théâtrales, émissions radiophoniques, etc.) soit associé à la diffusion des messages de prévention des usages de drogues ;
- Que soient diversifiés les lieux de sensibilisation, en privilégiant les stratégies de proximité et les approches communautaires permettant de toucher les populations les plus marginalisées (PVIH, travailleuses du sexe, détenus des maisons d'arrêt et de correction, etc.) ;
- Que soient formés davantage d'acteurs médicaux et associatifs sur l'état actuels des connaissances en matière de drogues, et sur la prévention de la toxicomanie et des usages de drogues ;
- Qu'une réflexion soit menée par les différents acteurs de la prévention (CNLD, autorités sanitaires, ONG et associations) sur les possibilités d'impliquer les anciens et nouveaux usagers de drogues dans les stratégies de prévention ;
- Que des études approfondies soient réalisées sur les liens entre usages de drogues et comportements de prévention des IST/VIH/Sida.

C. Recommandations liées à la prise en charge de la toxicomanie et des usages de drogues

L'analyse des résultats de nos enquêtes nous permet de recommander :

- La mise en place effective d'une structure extrahospitalière de prise en charge psychosociale des toxicomanes, ainsi que le CNLD l'a déjà préconisé ;
- La formation des personnels sanitaires sur les stratégies de réduction des risques en matière d'usage de drogues et de toxicomanie, dans les établissements hospitaliers publics, dans les structures décentralisées et dans les structures de soins spécifiques (infirmières des maisons d'arrêt et de correction, centres de soins dédiés aux travailleuses du sexe, etc.) ;

- La formation des personnels associatifs et communautaires sur les stratégies de réduction des risques en matière d'usage de drogues et de toxicomanie, qu'il s'agisse des structures déjà impliquées dans la prise en charge des usagers de drogues ou des structures de lutte contre les IST/VIH/Sida ;
- La mise en place de consultations spécialisées dans les structures ci-dessus citées ;
- La distribution gratuite de matériel de réduction des risques ;
- La conception d'un répertoire des structures de prise en charge offrant des services de soins aux usagers de drogues et aux toxicomanes, afin de faciliter l'orientation de ces personnes vers les services appropriés.

D. Recommandations liées à la prise en charge des usages de drogues infectés par le VIH

- La formation des personnels des structures de lutte contre les IST/VIH/Sida sur les stratégies de réduction des risques en matière d'usage de drogues et de toxicomanie ;
- Le renforcement des campagnes de dépistage des IST/VIH/Sida auprès des usagers de drogues, en particulier auprès des populations les plus marginalisés (travailleuses du sexe, détenus des maisons d'arrêt et de correction, populations résidant dans les quartiers périphériques non-lotis, etc.) ;
- La mise en place de divers services de prise en charge médicale et psychosociale dans les structures ci-dessus citées, en particulier :
 - Des entretiens individuels de soutien psychologique dédiés aux usagers de drogues et aux toxicomanes ;
 - Des soins médicaux et infirmiers spécifiques ;
 - Un soutien à l'observance des traitements ARV en cas d'usage concomitants de drogues ;
 - Des séances de groupes de parole et de clubs d'observance abordant les questions liées à l'usage de drogues et à la toxicomanie ;
 - La distribution gratuite de matériel de réduction des risques.
- La réalisation d'études approfondies sur les liens entre les différents usages de drogues et l'observance des traitements ARV, et sur les liens entre les différents usages de drogues et la gestion des effets secondaires des traitements ARV.

Annexes

Projet ETUDES



Annexe 1 / Bibliographie

Rapports, études et publications scientifiques :

- « Rapports de genre, sexualité et comportements à risque des clients et autres partenaires sexuels des travailleuses du sexe de Ouagadougou, Burkina Faso », BEDARD Emmanuelle, Université Laval, Septembre 2005
- « Usage de drogues, VIH, VHC : l'impasse de la criminalisation », JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 10 novembre 2010, Transcriptases n°144 Spécial Vienne 2010
- « Des plantes magiques au développement économique », Pierre-Arnaud CHOUVY, 2008
- « Dictionnaire des drogues et des dépendances », RICHARD Denis, SENON Jean-Louis, VALLEUR Marc, Larousse, 2004
- « Manuel alphabétique de psychiatrie », POROT Antoine, Ed.: Presses Universitaires de France, 7e éd., 1996, coll.: Bibliothèque de psychiatrie
- « Dictionnaire médical », L. MANUILA, A. MANUILA, M. NICOULIN, Éditions Masson, 1991 (réimpression, 4^e édition)
- « Usage récréatif, abus et dépendance. Drogues : Savoir plus, risquer moins », Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec
- « Analyse rapide de situation de l'utilisation de drogue au Burkina Faso. Rapport provisoire », SP-CNLS/IST, PAMAC, UNICEF, 2009
- « Approches juridiques de l'usage illicite des drogues », Observatoire européen de drogues et des toxicomanies, 2005
- « Les différents types de drogues amenant à une consommation problématique », Wikipédia, 4 février 2010
- « Usage de drogues et VIH en Afrique de l'Ouest : un tabou et une épidémie négligée », RAGUIN Gilles, LEPRETRE Annie, TOUFIK Abdalla, BRÜCKER gilles, PERROT Sandra et GIRARD Pierre-Marie , 23 août 2010, Transcriptases n°143
- « Les drogues et leurs effets au Burkina », Commissaire COMPAORE Christophe E. & Pr GUISSOU Pierre, 1999
- « Le VIH en Prisons : Possibilités d'intervention en Afrique subsaharienne », ONUSIDA, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2007
- « La santé des femmes en milieu carcéral », Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2009
- « World Drug Report 2009 », United Nations Office On Drugs And Crime, 2009
- « World Drug Report 2010 », United Nations Office On Drugs And Crime, 2010
- « Les aspects législatifs et réglementaires de la santé mentale au Burkina Faso », Pr OUEDRAOGO Arouna, Animation régionale de Dakar, Réseau de chercheurs « Droit de la santé », mars-avril 2005
- « Prévention et soins du sida dans les prisons au Burkina Faso », TOUGOURI Julien, Grand-Bassam, 15-18 décembre 2009
- « Prévention et soins du VIH dans les prisons, Feuille de route du Burkina Faso », Grand-Bassam, 15-18 décembre 2009

Textes juridiques :

- Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le protocole de 1972 portant amendement de la convention unique sur les stupéfiants de 1961, en date à New York du 08 Août 1975 à laquelle le Burkina a adhéré par l'adoption du décret 92-93 du 05 Mai 1992 mais non publié au journal officiel
- Convention sur les substances psychotropes signée à Vienne le 21 février 1971 ratifiée par le Burkina par KITI AN IV du 31 décembre 1986, non publié au J.O

- Convention des nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes signée le 20 Décembre 1988 (adhésion du Burkina Faso par décret 92-93 du 05 Mai 1992, non publié au J.O)
- Décret le 70-328 du 30 décembre 1970 et la vente des produits à l'action psychotrope, et (ou) pouvant engendrer la dépendance (J.O.RHV. du 21 janvier 1971, p.65)
- Loi 23-94 ADP du 19 MAI 1994 portant code de la santé
- Loi 43-96 ADP du portant code pénal, modifié par la LOI 6-2004 AN du à- Avril 2004
- Loi n° 017/99/AN du 29 Avril 1999 portant code de drogues au Burkina Faso
- KITI n° AN IV-233/CNR/REC du 31 décembre 1986 portant ratification de la convention sur les substances psychotropes
- Décret n° 92-093 /REX du 05 mai 1992, portant adhésion du Burkina Faso à deux conventions sur les stupéfiants et les substances psychotropes
- Décret n° 93-231/PRES/PM du 26 juillet 1993 portant création, composition et fonctionnement du Comité National de Lutte contre la Drogue au Burkina Faso
- Décret n° 2004-359/PRES/SECU/MS du 17 Aout 2004 portant attributions, composition et fonctionnement du Comité National de lutte contre la Drogue au Burkina Faso

Articles de presse :

- « 9ème Assemblée Générale du Comité National de Lutte Contre la Drogue : Vers une amélioration des performances globales », BAKOUAN Wilfried, Février 2011
- « Fermeture des chambres de passe : Tous ceux qui sont accroupis ne sont pas en train de déféquer », KONGO Kassim, Bendré, 11 juin 2008
- « Trafic de médicaments : une lutte bien difficile », Anonyme, Courrier International, 2009
- « Dossier : Drogue, L'effroyable réalité d'une jeunesse en péril », BATIONO Arsène Flavien, L'Événement, Décembre 2001
- « Lutte contre la drogue - De nouvelles stratégies pour plus d'efficacité, IDO Alphonsine M. Laure, L'Observateur Paalga, 4 Février 2010
- « Adama Ouédraogo, président de SOS toxicomanes : Les gens n'ont pas demandé à être malades », Le Faso, 11 août 2009
- « Insécurité sanitaire : 5969,61 kg de drogue et de médicaments de rue en fumée », KINDO Bassératou, L'Express du Faso, 2011, <http://www.lefaso.net/spip.php?article40334>
- « Lutte contre le Sida : 2% de séroprévalence en milieu carcéral selon le projet de l'APA », OUEDRAOGO Charles, Sidwaya, 31 octobre 2008
- « Collaborer avec les transporteurs routiers pour mieux traquer le mal », PATOIN Juste, Votre Santé n°177, Mars 2011
- « Code des drogues : Les magistrats en formation à Bobo-Dioulasso », TOE Jean-Marie, Sidwaya, 6 novembre 2009
- « Prostituée malgré elle. Témoignage », ROHMER Nathalie, 19 septembre 2003, <http://www.afrik.com/article6586.html>
- « Le Burkina Faso, plaque tournante du trafic de drogue », Tabyam, 2 mai 2008
- « La drogue finance les groupes terroristes dans le Sahel », BEKOLO Marcel, 25 Décembre 2009
- « Drogues : l'Afrique fait le mort ! », Publié sur le site web Seronet, <http://www.seronet.info/article/drogues-l-afrique-fait-le-mort-30310>
- « Le fléau de la drogue au Faso. Confidences du bout de l'enfer », San Finna N°481 du 22 au 28 Septembre 2008, <http://www.sanfinna.com/ARCHIVES/Archives481/PetitesPhrases.htm>
- « Burkina Faso: Emile Ouédraogo - "La consommation de drogue est forte dans les milieux scolaires" », YAMEOGO Jonathan, Sidwaya, 12 Novembre 2008
- « Ousseini Touré : "De nos jours, nous sommes à 50 tonnes de drogue saisies par an" », OUEDRAOGO Charles et YAMEOGO Jonathan, Sidwaya, 23 octobre 2008.

Annexe 2 / Convention de 1971 sur les substances psychotropes

Liste des stupéfiants figurant au Tableau I

AMINOREX	BROLAMFETAMINE 5 DOB	CATHINONE
DET	DMA	DMHP
DMT	DOET	ETICYCLIDINE (PCE)
MDMA	METHYL-4	MMDA
N-ETHYL (-MDE N-ETHYL)	N-HYDROXY-(N-OH MDA)	PMA
PSILOCYBINE	ROLICYCLIDINE (PHP, PCPY)	STP, DOM
TAM	TENAMFETAMINE (MDA)	TENAMFETAMINE (N-HYDROXI-MDA, LSD, LSD 25)
TENAMFETAMINE (TCP)		

Liste des stupéfiants figurant au Tableau II

AMFETAMINE	DEXAMFETAMINE	DRONABINOL
FETETYLLINE	LEVAMFETAMINE	MECLOQUALONE
METAMFETAMINE	METHYPHENIDATE	PHENCYCLIDINE (PCP)
PHENMETRAZINE	RACEMATE DE METAMFETAMINE	SECOBARBITAL

Liste des stupéfiants figurant au Tableau III

AMOBARBITAL	BUPRENORPHINE	BUTALBITAL
CATHINE	CYCLOBARBITAL	GLUTETHIMIDE
PENTAZOCINE	PENTOBARBITAL	

Liste des stupéfiants figurant au Tableau IV

ALLOBARBITAL	ALPRAZOLAM	AMFERAMONE
BARBITAL	BENZFETAMINE	BUTOBARBITAL
CAMAZEPAM	CHLORDIAZEPOXIDE	CLOBAZAM
CLONAZEPAM	CLORAZEPATE	CLOTIAZEPAM
CLOXOZOLAM	DELORAZEPAM	DIAZEPAM
ESTAZOLAM	ETHCHLORVYNOL	ETHINAMATE
LOFLAZEPATE D'ETHYLE	ETHAMEFETAMINE	FENCAMFAMINE
FENPROPOREX	FLUDIAZEPAM	FLUNITRAZEPAM
FLURAZEPAM	HALAZEPAM	HALOXAZOLAM
KETAZOLAM	LEFETAMINE (SPA LOPRAZOLAM	LORAZEPAM
LORMETAZEPAM	MAZINDOL	MEDAZEPAM
MEFENOREX	MEPROMAMATE	METHYLPHENOBARBITAL
METHYLPRYLONE	MIDAZOLAM	NIMETAZEPAM
NITRAZEPAM	NORDAZEPAM	OXAZEPAM
OXAZOLAM	PEMOLINE	PHENDIMETRAZINE
PHENOBARBITAL	PHENTERMINE	PINAZEPAM
PIPADROL	PRAZEPAM	PYROVALERONE
SECBUTABARBITAL	TETRAZEPAM	THIAZOLAM
VINNYLBITAL		

Annexe 3 / Lexique des termes utilisés pour l'analyse du cadre juridique¹⁷

Abus de drogue et usage illicite désignent l'usage des drogues interdites et l'usage hors prescription médicales des autres drogues placées sous contrôle sur le territoire national.

Toxicomane désigne la personne se trouvant dans un état de dépendance physique ou psychique à l'égard d'une drogue.

Stupéfiant désigne toute substance des tableaux I et II qu'elle soit naturelle ou synthétique.

Précurseur désigne les substances et produits chimiques utilisés dans la fabrication des stupéfiants et des substances psychotropes.

Importation, exportation désigne l'introduction ou l'expédition de stupéfiants ou de substance psychotropes sur le territoire national ou à partir du territoire national.

Substance psychotrope désigne toute substance qu'elle soit d'origine naturelle ou de synthèse, ou tout produit naturel des tableaux I, II, III, IV de la convention des nations unies sur les substances psychotropes de 1971.

Trafic illicite désigne le trafic de stupéfiants ou de substances psychotropes effectué contrairement aux dispositions des conventions internationales et de la présente loi.

Confiscation désigne la dépossession définitive de biens sur décision de justice.

Bien désigne tous les types d'avoirs corporels ou incorporels, meubles ou immeubles, tangibles ou intangibles, ainsi que les actes juridiques ou documents attestant la propriété de ces avoirs ou des droits y relatifs.

Produit désigne tout bien provenant directement ou indirectement de la commission d'une infraction, ou obtenu directement ou indirectement en la commettant.

Fabrication désigne toutes les opérations, autres que la production, permettant d'obtenir des stupéfiants et comprend aussi la purification, de même que la transformation de stupéfiants en d'autres stupéfiants ou substances psychotropes.

Production désigne l'opération qui consiste à recueillir l'opium, la feuille de coca, le cannabis, la résine de cannabis et toute autre drogue des plantes qui les fournissent.

Blanchiment d'argent désigne les opérations qui consistent au transfert ou à la conversion de biens provenant d'une des infractions établies conformément à la présente loi, dans le but de dissimuler ou de déguiser l'origine illicite desdits biens ou d'aider toute personne impliquée dans la commission de l'une de ces infractions à échapper aux conséquences de ces actes.

¹⁷ Voir Article 5 al 1^{er} de la loi n° 017/99/AN du 29 Avril 1999 portant Code des drogues au Burkina Faso

MINISTERE DE LA SANTE

MINISTERE DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

COMITE D'ETHIQUE POUR LA
RECHERCHE EN SANTE (CERS)

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice

DELIBERATION N° 2011-04-20

1. TITRE DE LA RECHERCHE

« Etudes sur les toxicomanes, les usages de drogues et le VIH/SIDA au Burkina Faso ».

2. REFERENCE DU PROTOCOLE

Association KASABATI

3. DOCUMENTATION

- protocole de recherche : version 3.1 du 16 mars 2011

4. REFERENCE DU DEMANDEUR

Chef de projet : Bastien Vincent

5. SITES DE LA RECHERCHE

Burkina Faso

6. DATE DE LA DELIBERATION

06 avril 2011

7. ELEMENTS EXAMINES

- Conception scientifique et conduite de la recherche ;
- Soins et protection des participants à la recherche ;
- Protection de la confidentialité des données du participant à la recherche ;
- Processus de consentement éclairé ;
- Budget de la recherche.

8. OBSERVATIONS

- résumer la fiche de projet ;
- étudier la possibilité d'une collaboration avec un centre de recherche pour assurer la validité des résultats.
- reformuler les objectifs.

9. AVIS DU COMITE

Avis favorable

10. RESERVES

Néant

11. RECOMMANDATIONS

Néant

Ouagadougou, le 06 avril 2011

Le Rapporteur



Pr Jean-Baptiste NIKIEMA
Chevalier de l'Ordre national

Le Président P/I



Dr Arlette SANOU/IRA
Officier de l'Ordre national

Annexe 5 / Notice d'information des participants

Madame, Monsieur, nous vous proposons de participer au projet ETUDES. Avant de vous décider à y participer, il est important de lire attentivement et de comprendre cette note d'information qui vous apporte les renseignements nécessaires concernant cette étude. Vous pouvez poser n'importe quelle question sur n'importe quelle partie du projet que vous n'avez pas bien compris au personnel de KASABATI, car il est très important de bien comprendre le sens de votre participation et la manière dont vous pouvez être impliqué. Votre participation est entièrement volontaire et vous êtes libre de refuser de participer. Si vous dites non, cela ne vous affectera nullement de façon négative. Et même si vous acceptez de participer, vous restez libre de vous retirer de l'étude à n'importe quel stade. Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique pour la recherche en santé au Burkina Faso. Elle sera menée selon les directives et principes éthiques contenus dans la Déclaration internationale d'Helsinki, dans les directives éthiques locales.

1. Quelle est la situation des drogues en Afrique et au Burkina Faso ?

L'Afrique est une zone de passage idéale pour le trafic de drogue mondial. Des quantités de plus en plus importantes de drogues, et notamment d'héroïne et de cocaïne, passent par la région avant d'atteindre leur destination finale : l'Europe et l'Amérique du nord. Très rapidement, les trafiquants ont profité des contrôles insuffisants aux frontières, de la mauvaise application de la loi et du développement du transport et du commerce international. Le Rapport Mondial sur les Drogues 2010 de l'Office des Nations-Unies pour la drogue et le crime (ONUDD) confirme que la consommation de drogues se développe en Afrique et que de nombreuses cargaisons de drogues transitent par les côtes africaines.

Cela n'est pas une bonne nouvelle pour l'Afrique subsaharienne, une région considérée comme le foyer mondial de l'épidémie de VIH/Sida. Le partage des seringues est un moyen efficace de transmettre des virus, tels que le VIH : un toxicomane qui utilise des seringues a trois fois plus de risques d'être contaminé par le VIH qu'une personne qui a des rapports sexuels non protégés. Par ailleurs, quel que soit le type de drogue consommée, les consommateurs de drogues peuvent également adopter des comportements sexuels à risque (soit parce qu'ils sont sous l'influence de la drogue, soit parce qu'ils sont parfois contraints de se prostituer pour acheter de la drogue).

Au Burkina, la drogue est illégale selon la loi (Loi n° 017/99/AN portant Code des Drogues). Mais la consommation de drogues est en augmentation constante, et le pays est de plus en plus considéré comme l'une des plaques tournantes du trafic international qui passe par l'Afrique. On pense que plus de 2.000 enfants et jeunes en difficulté présentent des problèmes graves de toxicomanies, mais cette estimation est sans doute faible, puisque 3 à 5% des collégiens à Ouagadougou consomment du cannabis. En 2009, on estimait que 13,6% des jeunes de 7 à 18 ans consommaient des drogues (cannabis, amphétamines, solvants, alcools). Selon le PAMAC, « la consommation locale se focalise essentiellement sur trois types de substances : les solvants (colle à rustine, laques à cheveux...), les médicaments psychotropes (amphétamines, morphiniques, anxiolytiques) et le cannabis ». Les drogues dites « dures » (cocaïne et héroïne) seraient nettement moins consommées, mais leur consommation augmente aussi au Burkina.

Pourtant, depuis les premiers cas de Sida au Burkina Faso, les programmes nationaux successifs se sont peu intéressés aux questions liées à l'usage de drogue. C'est seulement en 2010 que les usagers de drogues ont été inclus dans la liste des groupes vulnérables ciblés par le Cadre National Stratégique 2010-2014. Par conséquent, la politique actuelle se concentre davantage sur la répression des usagers, que sur la prévention et l'éducation des populations.

Pour des raisons médicales et éthiques, il s'agit donc de mobiliser le monde associatif de la lutte contre le Sida, afin d'intégrer ces questions dans les programmes d'accès aux soins.

2. Pourquoi faire une étude sur les usages de drogues ?

En dehors des publications du Comité National de Lutte Contre la Drogue (CNLD), et plus récemment d'une « Analyse rapide de situation de l'utilisation de drogue au Burkina Faso » menée par le CNLS/IST, peu de travaux ont été réalisés pour évaluer l'importance de cette situation. Ainsi, de nombreuses personnes affirment qu'il n'existe pas de véritable lien entre la circulation des drogues et l'épidémie de VIH/Sida au Burkina Faso, dans la mesure où le pays compterait un nombre très faible d'usagers de drogue par voie intraveineuse. Actuellement, il n'existe aucune statistique sur le lien entre l'usage de drogues et l'épidémie de Sida, sur la consommation de drogues parmi certains groupes vulnérables, et les usages de drogue par les Personnes vivant avec le VIH ne sont toujours pas documentés.

Avant de mettre en place des programmes d'intervention, nous estimons donc qu'il est nécessaire de disposer d'un véritable état des lieux de l'usage des drogues parmi les PVIH et certains groupes-cibles.

3. Quels sont les objectifs du projet ETUDES ?

Le projet « ETUDES » consiste à réaliser une analyse de la situation, pour mieux comprendre comment les drogues circulent et sont consommées à Ouagadougou, pour évaluer leurs effets parmi les Personnes vivant avec le VIH/Sida et la population générale, et pour proposer des stratégies de réduction des risques intégrées dans les programmes de lutte contre le VIH/Sida.

A travers ce projet, nous souhaitons donc atteindre six (6) objectifs :

- 7) Décrire et analyser le cadre juridique et politique burkinabè en matière de lutte contre la drogue, et les interventions existantes en matière de prévention et de prise en charge des toxicomanies ;
- 8) Faire la liste et décrire les produits consommés au sein des populations-cibles de l'étude ;
- 9) Identifier, décrire et analyser les usages de drogues au sein de chaque population-cible de l'étude ;
- 10) Identifier, décrire et analyser les mécanismes de circulation des drogues parmi les populations-cibles enquêtés (production, promotion, distribution, vente et achat) et les acteurs impliqués ;
- 11) Décrire et analyser l'impact des drogues sur les comportements de prévention des IST/VIH/Sida parmi les populations-cibles, et sur le suivi médical des PvVIH qui consomment des drogues ;
- 12) Décrire et analyser l'impact de ces pratiques sur les politiques de lutte contre les drogues, et sur les programmes de lutte contre le VIH/Sida.

4. Comment se déroulera le projet ?

Le projet « ETUDES » durera trois (3) mois et sera exécuté du 1^{er} mars au 1^{er} juin 2011 dans la ville de Ouagadougou. Il se déroulera en plusieurs étapes :

- a) **Constitution de l'équipe de recherche.** L'équipe de Kasabati sera composée d'un (1) coordinateur, d'un (1) assistant, de deux (2) enquêteurs et de deux (2) agents de saisie, tous placés sous la responsabilité du directeur. Les contacts des responsables de l'équipe sont fournis en page 5.
- b) **Revue documentaire et analyse du cadre juridique et des documents collectés.** Avant de réaliser les enquêtes, une revue de la littérature sera effectuée par KASABATI. Cela permettra d'analyser le cadre juridique burkinabè sur la question des drogues, et de réunir toutes les informations publiées sur la situation des drogues au Burkina Faso, sur les acteurs impliqués et sur les programmes actuels.
- c) **Conception et pré-test des outils de collecte.** Trois (3) types d'outils seront utilisés :
 - Un guide de discussion pour organiser les focus-groups ;
 - Un guide de discussion pour organiser les séances de mapping ;
 - Un guide d'entretien individuel, administré en fonction des populations-cibles.
- d) **Enquêtes.** Les enquêtes seront effectuées par KASABATI de trois (3) manières :
 - Des séances de « mapping » pour mieux comprendre la circulation des drogues à Ouagadougou ;
 - Des focus-groups (discussions de groupe) avec les PvVIH, avec les travailleuses du sexe et les artistes ;
 - Des entretiens individuels approfondis, en particulier avec les usagers de drogues et les prisonniers détenus à la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou (MACO).
- e) **Saisie, classification et analyse des données.** Les informations fournies par les participants aux entretiens et aux discussions de groupes seront informatisées. Ensuite, KASABATI classera et analysera ces données, afin de rédiger un rapport provisoire.
- f) **Restitution des résultats.** Ce rapport provisoire vous sera présenté pendant un atelier de restitution, qui durera une (1) journée. Cet atelier vous permettra d'échanger autour des constats réalisés et des informations recueillies au cours de l'évaluation, et sur les recommandations générales de Kasabati. Vos remarques et suggestions seront prises en compte dans le rapport final de l'étude.

5. Qui peut participer à cette étude ? Qui ne peut pas y participer ?

Au total, 175 personnes seront interrogées au cours des enquêtes. Nous vous proposons de participer à ce projet parce que vous appartenez à un (ou à plusieurs) des groupes suivants :

- Vous êtes une personne vivant avec le VIH ;
- Vous êtes une travailleuse du sexe ;
- Vous travaillez dans le milieu artistique ;
- Vous êtes détenu à la MACO ;
- Vous êtes un consommateur de drogues.

	Qui peut participer à cette étude ?
Si vous êtes une personne vivant avec le VIH , vous devez :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir plus de 18 ans ✓ Avoir connaissance de son statut sérologique ✓ Etre suivi par une structure de prise en charge agréée par les autorités sanitaires ✓ Avoir consommé un ou des produits stupéfiants au moins une (1) fois au cours des trois (3) derniers mois
Si vous êtes une travailleuses du sexe , vous devez :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir plus de 18 ans ✓ Avoir eu des rapports sexuels de type prostitutionnel au moins une (1) fois au cours des trois (3) derniers mois ✓ Avoir consommé un ou des produits stupéfiants au moins une (1) fois au cours des trois (3) derniers mois
Si vous êtes membre du milieu artistique , vous devez :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir plus de 18 ans ✓ Etre reconnu par ses pairs comme membre du milieu artistique ✓ Avoir consommé un ou des produits stupéfiants au moins une (1) fois au cours des trois (3) derniers mois
Si vous êtes un détenu à la MACO , vous devez :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir plus de 18 ans ✓ Etre placé en détention à la MACO à Ouagadougou ✓ Avoir consommé un ou des produits stupéfiants au moins une (1) fois au cours des trois (3) derniers mois
Si vous êtes un usager de drogues , vous devez :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir plus de 18 ans ✓ Consommer régulièrement un ou des produits stupéfiants depuis au moins 12 mois

6. Comment se passera votre participation à cette étude ?

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous demanderons de :

- **Signer un formulaire de consentement éclairé à participer à l'étude.** Votre participation est libre et volontaire. Si vous décidez d'y participer, vous conviendrez d'un rendez-vous avec l'un des enquêteurs de l'étude. Lors de ce rendez-vous, il vous demandera de remplir et de signer un formulaire de consentement éclairé. Aucun recueil d'informations dans cette étude ne pourra être effectué sans votre consentement écrit. Vous disposez d'un délai de réflexion avant de prendre votre décision.
- **Répondre à un questionnaire.** Après la signature du consentement éclairé, le questionnaire vous sera proposé par l'enquêteur au cours d'un entretien individuel qui dure environ 1 heure. Si vous le souhaitez, cet entretien pourra voir lieu en présence d'une tierce personne.

Après ce premier entretien, nous vous proposerons également de participer à une discussion de groupe, qui sera animée par les enquêteurs (ces discussions sont appelées « focus groupes » et « séances de mapping »). Si vous êtes d'accord, et si les autres participants le sont aussi, ces entretiens de groupes seront enregistrés pour faciliter le travail des enquêteurs.

7. Y a-t-il des risques, des contraintes ou des inconvénients en participant à cette étude ?

Puisque la consommation de drogues est illégale au Burkina Faso, toutes les précautions seront prises et la plus stricte confidentialité sera garantie, pour assurer votre sécurité, pour protéger votre anonymat, et pour éviter que vos pratiques ne divulguées aux autorités policières et judiciaires.

Cependant, il est important que vous ayez à l'esprit que votre participation peut entraîner quelques contraintes ou inconvénients, dans la mesure où :

- La durée de l'entretien est d'une heure environ ;
- Certaines questions toucheront à votre vie privée et pourront parfois être sensibles (notez toutefois que vous n'êtes pas obligé d'y répondre) ;
- Vous pourriez, lors des discussions de groupe, rencontrer des personnes de votre connaissance qui n'étaient pas informées de votre situation ou de vos pratiques.

8. Procédures de gestion de la confidentialité

Tous les membres de KASABATI sont soumis à l'obligation du secret professionnel. Ils ne peuvent donc en aucun cas révéler à autrui les informations confidentielles collectées dans le cadre de ce travail, en particulier bien sûr les informations sur votre état de santé ou sur vos pratiques en tant qu'usager de drogues.

Tous les moyens et précautions nécessaires seront donc pris pour assurer le respect de la confidentialité :

- Votre anonymat sera garanti au cours des entretiens individuels et collectifs (votre identité ne sera pas demandée par les enquêteurs) ;
- KASABATI procédera à la codification des données collectées au cours de leur collecte, de leur saisie informatique, de leur analyse et de leur publication ;
- Les entretiens individuels se dérouleront dans des lieux permettant de garantir la confidentialité et de préserver votre vie privée, et ces lieux seront identifiés avec votre accord.

9. Quels sont les bénéfices et les avantages attendus en acceptant de participer ?

Grâce à votre participation à cette étude, Kasabati sera en mesure de faire un état des lieux de la circulation des drogues à Ouagadougou. Cela permettra de décrire quels sont les produits consommés, et quels sont les circuits d'approvisionnement des usagers de drogues parmi les personnes vivant avec le VIH, les travailleuses du sexe, au sein du milieu artistique et en milieu carcéral. Les effets de la consommation de drogues seront également mieux connus (effets médicaux, psychologiques, sociaux et économiques). Enfin, Kasabati pourra proposer des stratégies de réduction des risques intégrées dans les programmes de lutte contre le VIH/Sida.

En participant à cette étude, vous aurez l'avantage avoir des informations et des conseils sur :

- Les méthodes de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH/Sida ;
- Les services de dépistage et de prise en charge des IST/VIH/Sida ;
- Les services de réduction des risques (RDR) liés à l'usage de drogues ;
- Et sur vos droits en tant qu'usager de drogues, PvVIH, travailleuse du sexe ou détenus.

10. Y a-t-il des remboursements ou des compensations pour les participants ?

Dans la mesure où il s'agira de conduire des entretiens d'une durée maximum d'une heure, il n'y a pas d'indemnités prévues pour les participants. En revanche, les participants aux focus groups et aux séances de mapping bénéficieront d'une pause-café.

11. Communication des résultats de l'étude

A la fin du projet, vous serez invité à un atelier de restitution des résultats d'enquête. Cela vous permettra de connaître les informations collectées, et de vous assurer de leur bonne interprétation. La diffusion du rapport sera ensuite assurée auprès de tous les partenaires impliqués dans le projet, mais aussi auprès des acteurs du système de soins sollicités lors de l'étude. KASABATI envisagera également la possibilité de publier les résultats de cette étude dans des revues scientifiques, ou de présenter ses travaux lors de conférences sur ce sujet.

12. Futurs projets et activités

A la suite du projet ETUDES, nous pourrions envisager de former les acteurs communautaires aux stratégies de prévention et de réduction des risques. Cela permettrait d'utiliser le dispositif de prévention des IST/VIH/Sida, déjà existant (séances d'éducation, animations musicales, prestations théâtrales, émissions radiophoniques, etc.), pour diffuser de nouveaux messages auprès des populations. Cela faciliterait aussi la prise en compte des toxicomanies au niveau des services de prise en charge offerts aux PvVIH (soins médicaux particuliers, soutien à l'observance des traitements ARV en cas d'usage de drogues...).

Cette étude pourra également inspirer des activités de plaidoyer en direction des autorités sanitaires burkinabè, notamment auprès du Comité National de Lutte contre la Drogue et auprès du Conseil National de Lutte contre le VIH/sida. Ce plaidoyer visera à développer des programmes de prévention, des programmes d'accès aux soins pour les usagers de drogues, ou encore la mise en place de structures extrahospitalières de prise en charge psychosociale pour ces personnes.

13. Qui contacter pour poser des questions ou en cas de difficultés ?

Si vous avez besoin d'informations supplémentaires pour décider de participer ou non à cette étude, ou au cours du projet, vous pouvez bien sûr prendre contact avec l'un des responsables de l'équipe :

Responsable de l'association	SANKARA Augustin Président de KASABATI augustinsankara@hotmail.com Téléphone : (+226) 50 35 25 27 / 70 25 71 56
-------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Coordinateur du projet	BASTIEN Vincent Coordinateur du projet ETUDES et du programme ETHIKasabati bastienvincent@yahoo.fr Téléphone : (+226) 50 35 25 27 / 76 33 78 68
Assistant de coordination	SANKARA René Responsable de formation du programme ETHIKasabati gom_sankara@yahoo.fr Téléphone : (+226) 50 35 25 27 / 71 08 37 33

14. Procédures de gestion des conflits

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés par les membres de l'équipe de Kasabati au cours de cette étude, vous pouvez à tout moment et librement prendre contact avec les personnes ou organisations suivantes :

_____ (*personne à désigner au sein du GTIE*),

Représentant du Groupe de Travail Interassociatif sur l'Ethique

Adresse postale :

E-mail :

Téléphone : (226) _____

Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME)

Adresse postale : 04 BP 8038 Ouagadougou

E-mail : rame.burkina@gmail.com ou ramessentiels@hotmail.com

Téléphone : (226) 50 34 06 52-53

Comité d'Ethique pour la Recherche en Santé (CERS)

Adresse postale : 01 BP 2208 Ouagadougou 01

Téléphone : (226) 50 30 73 55

Annexe 6 / Formulaire de consentement éclairé des participants

Je soussigné(e) M/Mme _____ (nom complet et prénoms), certifie avoir lu (ou m'être fait lire) et compris la note d'information qui m'a été remise concernant ma participation aux entretiens prévus dans le cadre du projet « **ETUDES : Etude sur les Toxicomanies, les Usages de Drogues Et le VIH/Sida au Burkina Faso** ».

Je confirme avoir discuté avec le responsable de l'équipe de KASABATI (ou son représentant) _____ (Nom et prénom de la personne), exerçant en qualité de _____ au sein du projet ETUDES. Celui-ci m'a expliqué la nature et les objectifs de cette étude. J'ai bien compris les informations données oralement et/ou par écrit. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais.

J'accepte les contraintes et les avantages liés à ma participation à cette étude. J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer et que je peux me retirer à tout moment selon les conditions prévues dans la notice d'information que j'approuve. J'ai eu l'assurance que les décisions qui s'imposent pour ma santé et ma sécurité seront prises à tout moment, conformément à mes droits et en vertu du principe de la confidentialité.

J'autorise l'équipe de KASABATI à intégrer les données me concernant aux données du Projet ETUDES. J'autorise qu'elles puissent être traitées dans un but de recherche selon les procédures d'anonymat du projet.

Mon consentement ne décharge en rien les organisateurs de l'étude de leurs responsabilités, je conserve tous mes droits garantis par la loi. J'accepte librement de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans la notice d'information et dans ce document.

Nom et prénoms	Signature ou empreinte digitale	Date
_____	_____	__/__/__

Personne ayant présenté le formulaire de consentement

Nom et prénoms	Signature ou empreinte digitale	Date
_____	_____	__/__/__

Témoin indépendant (tierce personne ayant pris part à l'entretien à la demande du participant)

Nom et prénoms	Signature ou empreinte digitale	Date
_____	_____	__/__/__