

ÉVALUATION DE LA RÉDUCTION DE LA DEMANDE DE DROGUES

RAPPORT FINAL

République du Mali



**Projet d'appui au Plan d'action régional de la CEDEAO
en matière de lutte contre le trafic illicite de stupéfiants,
la criminalité organisée qui y est liée, et l'abus de drogues en
Afrique de l'Ouest**



Ce projet est financé par l'Union Européenne

Bamako, le... 15 JUL 2016



N° 2023 /MSPC-SG

Le Ministre de la Sécurité et de la Protection Civile

A

*Monsieur le Représentant Régional de l'office des Nations
Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC)
Dakar au Sénégal*

S/C

*Monsieur le Ministre des Affaires Etrangères, de la
Coopération Internationale et de l'Intégration Africaine.
Bamako.*

Objet : Validation du rapport sur l'évaluation de la réduction de la demande de drogue au Mali.

Le rapport ci-dessus cité en objet fait un état des lieux exhaustif de la situation de réduction de la demande de drogues au Mali, mettant en exergue plusieurs insuffisances tenant notamment à :

- la non opérationnalisation de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue (MILD) qui a en charge l'élaboration d'une politique nationale assortie d'une stratégie et d'un plan d'action de réduction de la demande et de l'offre de drogues ;
- l'absence de traitement de substitution et de prise en charge des toxicodépendants par des structures spécialisées.

Au regard de la pertinence tant des constats ci-dessus que des recommandations formulées pour mieux cerner la problématique de la consommation des drogues, j'ai l'honneur de valider par la présente, ledit rapport et d'autoriser subséquemment sa publication sur votre site.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Représentant, les assurances de ma haute considération.


Général de Brigade Salif TRAORE
Officier du Corps National

Remerciements

Cette publication n'aurait pas été possible sans l'aval des Autorités maliennes qui en ont validé le contenu et autorisé la publication. Nous leur exprimons ici toute notre reconnaissance et notre gratitude. Notre gratitude va également aux personnes-ressources des services compétents qui ont aimablement offert leurs services et facilité la mission de recherche du Dr Abdalla Taoufik (consultant). Il s'agit de :

- Lt-Colonel TOUNKARA Adama Directeur, M. KANOUTE Mohamed, Chef Division Communication et Relations Publiques et M. SOUMARE Amidou, Chef Division Planification et Etudes de l'Office Central des Stupéfiants ;
- M. FOMBA Fatona, Directeur adjoint et M. COULIBALY Daba, Inspecteur Divisionnaire de la Brigade des Stupéfiants ;
- Pr. TOGORA Arouna, Chef de service, Pr. KOUMARE Baba, Ancien Chef de service et Dr. COLIBALY Soulemane, Psychiatre du service de Psychiatrie du CHU Point G ;
- M. DEMBLE Sina, Directeur national adjoint de la Jeunesse au Ministère de la Jeunesse ;
- Dr. NAZOUN Diara, Chef du programme des maladies non transmissibles au Ministère de la Santé ;
- Pr. KOUMARE Benoît Yaranga, Directeur général du Laboratoire National de la Santé ; Dr. TRAORE Bouyagui, Coordinateur CSLS au Ministère de la Santé ;
- Mme CISSE Mariétou, Responsable Santé scolaire au Ministère de l'Education Nationale ;
- Dr. DEMBELE Nagazanga et Dr. MAÏGA Mohamadou, pharmaciens à la Direction de la pharmacie et du médicament ;
- Colonel MAIGA Abdoulaye de l'Administration Pénitentiaire ; M. DIAKIT Daouda Chef Département Planification Suivi/Evaluation, Dr. LY DIENEBE, Chef Département Santé du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA ;
- M. ABDOUL Karim, Substitut du procureur au Pôle Spécialisé Stupéfiant ;
- Dr. DEMBELE Bintou Keita Directrice Exécutive et Dr BORE Djibril, Médecin d'ARCAD-SIDA ;
- Dr. TRAORE Ousmane, Directeur Exécutif, Dr. TRAORE Boubacar, Chef du département Planification d'ASDAP ;
- M. COULIBALY Alou, Directeur du Samu Social ;
- M. SINGARE Djibril, Président d'ARRVD ;
- M. TRAORE Cheick, Coordinateur Programme UDI de Kéné Dougou Solidarité ;
- M. YATTASSAYE Amdou, Président d'AJLT-DAO ;
- Dr. SHAHUL Ebrahim, Program Director, M. TRAORE Mamadou, Conseiller CDC de l'Ambassade des Etats Unis ;
- Dr. POIRIER Thérèse, Directrice, Dr. DIALLO Bassirou, Conseiller en Mobilisation Communautaire à l'ONUSIDA.

Enfin nos remerciements vont au consultant, le Dr Abdalla Taoufik qui a mené cette étude qui constitue désormais un outil scientifique fiable pour les questions relatives à la drogue au Mali. Que nos collègues Mme FRATTINA Sakina, Chargée de Programme ONUDC (Bureau Abuja), M. Babacar DIOUF, Chargé de Programme ONUDC (Bureau Dakar) et Mme TRAORE Alimata, Responsable du Bureau Mali de l'ONUSIDA trouvent également ici nos remerciements les plus sincères.

Cheikh TOURÉ, Coordinateur régional du programme

Mai 2016

Table des matières

I. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS	5
I.1. Synthèse	5
I.2. Recommandations	7
II. MÉTHODOLOGIE	10
III. CONTEXTE	11
III. 1. Cadre juridique de l'usage des substances psychoactives illicites	11
IV. TRAFIC TRANSFRONTALIER ; MARCHÉ LOCAL ET BLANCHIMENT	12
IV.1. Les saisies de drogues en 2014-2015	12
IV.2. Blanchiment de l'argent issu du trafic	13
V. CONSOMMATION SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	14
V.1. Cannabis	14
V.2. Héroïne	15
V.3. Cocaïne chlorhydrate et free-base (crack)	15
V.4. Médicaments psychotropes	16
V.5. Colle	16
VI. FOCUS SUR LES JEUNES	18
VII. DISPOSITIF DE SOINS DES ADDICTIONS	21
VIII. INJECTION DE DROGUES ET TRANSMISSION DU VIH	22
VIII. 1. Situation épidémiologique VIH au Mali	22
VIII. 2. Les usagers de drogues injectables dans la politique de prévention VIH/Sida	23
IX. PREVENTION	24
IX. 1. Ministère de l'Education Nationale	24
IX. 2. Ministère de la Jeunesse	24
IX. 3. Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile	25
IX. 4. Association AJLT-DAO	25
IX. 5. Kéné Dougou Solidarité	26
X. SITUATION DES PRISONS	27
X. 1. Le projet d'ASDAP à Bamako, Kayes Kati, et Dioila:	27
X. 2. Le projet d'ARCAD-sida au MCA de Bamako	28
XI. PRINCIPALES INSTITUTIONS ET ONG	30
XI. 1. Institutions nationales	30
XI. 1. 1. Mission interministérielle de Coordination de la Lutte contre la Drogue (MILD)	30
XI. 1. 2. Office Central des Stupéfiants (OCS)	31
XI. 1. 3. Direction de la Pharmacie et du Médicament	32
XI. 1. 4. Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA	33
XI. 1. 5. Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA dans le secteur de la Santé	33

XI. 1. 6. Laboratoire National de la Santé.....	34
XI. 2. Organisations Non-Gouvernementales	34
XI. 2. 1. Kéné Dougou Solidarité	34
XI. 2. 2. Samu Social	34
XI. 2. 3. ARCAD-SIDA	35
XI. 2. 4. ASDAP	36
XI. 2. 5. AJLT-DAO	37
XI. 2. 6. ARRVD	37
XII. APERCU DES ÉTUDES RECENTES	38
XII. 1. Jeunes face au VIH/sida en milieu universitaire 2014.....	38
XII. 2. Nous venons tous d'une maison	39
XII. 3. Les jeunes face au VIH-sida	40
XII. 4. Consommateurs de drogues injectables à Bamako: Profil, pratiques à risques, prévalence des virus infectieux, accès aux soins	41
XIII. LISTE DES PERSONNES CLÉS RENCONTRÉES	42
XIV. BIBLIOGRAPHIE	44

Liste des Tableaux

Tableau 1: Saisies des substances illicites en 2014 et 2015.....	12
Tableau 2 : Répartition de consommation de substances psychoactives parmi ceux ayant déclaré en avoir consommé, n=123.....	19
Tableau 3 : Répartition des consommateurs de substances psychoactives par sexe, n=123	19
Tableau 4 : Répartition des consommateurs de substances psychoactives par âge n=123.....	20
Tableau 5 : Répartition des détenus en fonction du sexe et situation juridique en 2015, n°5114	27

I. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

I.1. Synthèse

Cadre juridique : Le cadre juridique relatif à l'usage et le trafic des stupéfiants actuellement en vigueur au Mali est celui de la loi N°01-078/an-RM du 18 Juillet 2001, portant sur le contrôle des drogues et des précurseurs. Elle légifère à la fois pour la répression du trafic international et local et pour l'usage des substances illicites. L'usager de ces substances est considéré comme délinquant et comme un malade. Il est délinquant dans la mesure où la détention même d'une faible quantité destinée à la consommation personnelle est punie. Il est malade dans la mesure où la loi instaure le principe « d'injonction thérapeutique » couplée avec dispensation de la peine.

Trafic de drogues : Le Mali est un pays de transit des drogues. Il est utilisé par les réseaux criminels internationaux essentiellement pour la réception et la réexpédition des drogues par voie aérienne principalement vers l'Europe. Les saisies effectuées en 2015 concernent essentiellement le cannabis ; la cocaïne et l'héroïne et des substances psychoactives pharmaceutiques. Les personnes interpellées sont en grande parties des vendeurs fournies par des grossistes et semi-grossistes citoyens des pays voisins.

Consommation des substances psychoactives : Les données relatives à la consommation des substances illicites sont rares. Le cannabis, herbe et résine, est de loin la substance illicite la plus couramment consommée au Mali. Les estimations du nombre de ces usagers varient des quelques dizaines à quelques centaines de milliers.

L'héroïne est essentiellement fumée et dans une moindre mesure injectée et sniffée. Il n'existe pas une estimation du nombre d'usagers d'héroïne pour l'ensemble du pays mais deux villes uniquement. Ils seraient mille dans la première et huit cents dans la seconde. Dans l'étude RDS-Bamako l'héroïne est consommée par la quasi-totalité du groupe, 98% (490/500).

La cocaïne est consommée principalement dans sa forme free base (crack). Le nombre d'usagers du crack est estimé à environ 1500 à Bamako et 1000 à Sikasso. Dans l'étude RDS Bamako, 70%, (350/500), des répondants déclarent en avoir consommé au cours du mois précédent.

Les médicaments psychotropes les plus consommés sont les benzodiazépines; les analgésiques; les stimulants amphétaminiques ; les somnifères et dans une moindre mesure les antimigraineux. Ils sont utilisés en fonction des effets recherchés comme rester éveillé, endurance ; combattre la fatigue ; calmer des douleurs ou tout simplement pour les sensations de bien-être qu'ils procurent.

La colle est utilisée, essentiellement, par des enfants et adolescents de rue à Bamako.

Injection intraveineuse et pratiques à risque VIH : Le recours au mode d'administration intraveineux est confirmé à Bamako et à Sikasso notamment parmi les usagers d'héroïne. Les pratiques à risques infectieux parmi les usagers injecteurs sont importantes. Dans l'étude RDS-Bamako la prévalence VIH est 2%. Elle est 5,1% chez les injecteurs, soit trois fois plus élevée que chez les non injecteurs.

La prévalence des hépatites virales est plus élevée que celle du VIH, avec 15% pour le VHB et 3% pour le VHC.

Traitement des addictions : En 2015 environ 120 personnes ont consulté, au service psychiatrique du CHU « Point G », pour des problèmes liés à l'usage des drogues. Parmi eux une cinquantaine a été hospitalisée dont vingt-cinq, (23 hommes et 2 femmes), pour des troubles en lien avec l'usage abusif d'héroïne et/ou crack. Le traitement standard de sevrage pour les patients hospitalisés inclut un antalgique ; un antispasmodique et un antihypertenseur.

Prévention : Le Mali n'a pas encore conçu un plan d'actions national de prévention de drogues. Il existe néanmoins quelques initiatives des départements ministériels, (Education Nationale ; Jeunesse et Intérieure), et des associations, (AJLT-DAO et Kéné Dougou Solidarité), souvent encore dans le stade du projet, qui tentent de développer des activités de sensibilisation/information dans le domaine de prévention primaire des drogues ou du sida auprès des usagers de drogues.

Situation en milieu carcéral : Le Mali dispose de 59 établissements pénitentiaires. En 2015, 5114 personnes ont été incarcérées dans ces établissements dont 4815 hommes ; 151 femmes et 148 mineurs.

7,8% des détenus condamnés hommes, (192/2448), l'ont été pour détention de stupéfiant.

Dans l'étude RDS-Bamako un participant sur trois a été incarcéré au cours de sa vie (152, 30,4%). La moitié des UDI qui ont été incarcérés déclare avoir consommé des drogues en prison. La prévalence du VIH chez ceux ayant été incarcérés et ayant déclaré consommer des drogues en prison est de 4%, soit le double de celle constatée dans le groupe total.

I.2. Recommandations

Les recommandations, ci-dessous, ont été présentées aux décideurs nationaux et discutées avec eux. À ce titre elles peuvent être considérées comme des recommandations communes des acteurs nationaux et du consultant.

1. Elaborer une stratégie nationale de lutte contre la drogue et les addictions couplée avec un plan d'action triennal. Le pilotage de ce processus peut être la première tâche de la Mission Interministérielle de coordination de la Lutte contre la Drogue (MILD) nouvellement créée.

La rédaction du document doit être participative et collégiale impliquant l'ensemble d'acteurs institutionnels et associatifs concernés dont le noyau dur peut être ceux identifiés dans ce rapport.

Le plan d'action doit être réaliste et réalisable avec les moyens dont le pays dispose ou peut mobiliser auprès de ses partenaires internationaux. Les actions préconisées doivent être mesurables avec des indicateurs de performance précis et quantifiables ;

2. Mettre en place un système d'information intégré sur les drogues et les addictions : le Mali est confronté à des problèmes sanitaires ; sociaux et sécuritaires majeurs directement liés à la diffusion large et rapide des drogues particulièrement problématiques (héroïne, crack, médicaments psychotropes etc.).

Pour y faire face le pays doit se doter d'un système de surveillance en mesure de répondre aux exigences de décideurs nationaux ainsi qu'aux besoins des organisations internationales notamment l'ONUDD, l'OMS et l'ONUSIDA.

Un tel système pourrait être construit autour d'un noyau d'indicateurs disponibles dans le pays comme ceux relatifs aux interpellations et aux saisies des substances illicites ou ceux faciles à construire tels que l'indicateur de demande de traitement, (agrégation des données du service de psychiatrie Point G et ses antennes régionales et ceux des futurs centres de traitement des addictions et des centres de substitution aux opiacés), et l'indicateur de prévalence des maladies infectieuses qui est partiellement disponible dans le système de surveillance épidémiologique du VIH/sida.

Les autres indicateurs importants, (prévalence de l'usage de drogues en population générale et scolaire ; mortalité liée à l'usage de drogues), sont à développer dans une seconde phase de construction du système.

Pour y parvenir le Mali peut solliciter l'appui de l'ONUDD et de l'OMS et intégrer leur projet commun du système d'information régional.

3. Introduire le traitement de substitution aux opiacés : Sur cinq cents participants à l'étude RDS à Bamako 490, (98%), sont des consommateurs d'héroïne. Les données disponibles sur Sikasso laissent penser à une situation similaire. Le nombre des usagers d'héroïne dans les deux villes est estimé à mille huit cents héroïnomanes dont certains font recours au mode d'administration intraveineux.

La thérapie substitutive notamment celle à la méthadone est reconnue comme l'« étalon Or » du traitement de dépendance aux opiacés et comme un puissant outil de santé publique. Elle contribue efficacement à prévenir les infections virales (VIH et hépatites

B/C) ; réduire la consommation des opiacés illicites ; améliorer la qualité de vie du patient; faciliter le traitement des comorbidités somatique et psychiatrique ; rétablir les liens familiaux et enfin réduire considérablement la criminalité associée à l'usage de l'héroïne.

4. Mettre en place un dispositif de réduction des risques liés à l'usage des drogues injectables à Bamako et Sikasso incluant au moins une unité mobile et unité fixe dans chaque site. Ce dispositif aura pour missions d'établir un contact avec les usagers sur les lieux de consommation ; les informer et former sur les risques infectieux les moyens pour s'en protéger ; mettre à leur disposition du matériel d'injection stérile ; les orienter et/ou accompagner vers les soins somatiques, psychiatriques et le dépistage des maladies infectieuses et enfin assurer l'accueil et le fonctionnement d'un lieu de convivialité dans le but d'attirer les usagers de drogues vers le système de soins et de prévention.
5. Mettre en place un système de soins spécialisé en addictions. Le noyau du système est un centre intégré d'excellence à Bamako dont la mission est :
 - Prescrire et dispenser des médicaments de substitution aux opiacés aux personnes dépendantes à l'héroïne ;
 - Traiter les addictions y compris à l'alcool et aux médicaments psychotropes ;
 - Former des professionnels en vue d'étendre le soin et la prise en charge des usagers de drogues à équipes d'autres régions. Dans cette perspective la région de Sikasso doit être considéré comme prioritaire en raison du nombre important des injecteurs des drogues qui y résident ;
 - Prévenir le VIH/sida auprès des usagers de drogues injectables sur les lieux de consommation, (Unité mobile de réduction des risques), et au sein du centre (Unité fixe pour usagers actifs).

Le centre d'excellence doit être localisé de préférence, dans le centre-ville de Bamako. Les bâtiments désaffectés A et/ou B du centre de santé *CESAME J.P. Coudray*, (quartier Lazaret, commune III), semblent être l'emplacement le plus approprié. Autre alternative est le centre d'écoute et de conseils de l'association *ARCAD-Sida*. Cet emplacement possède plusieurs avantages : être situé au centre-ville et facilement accessible par le transport en commun ; l'intégration du centre d'excellence dans une plateforme de services dédiés aux populations vulnérables et enfin les multiples possibilités de synergies avec l'équipe de l'association *ARCAD* expérimentée dans la prise en charge des populations précaires et difficiles à atteindre. Dans ce cas de figure le futur centre d'excellence peut être un projet commun de ladite association et le service psychiatrique de l'hôpital Point G.

Toutefois, faute d'un emplacement adéquat au centre-ville, l'hôpital Point G dispose d'un bâtiment désaffecté, (ancien bâtiment de service de la neurologie), qui peut, temporairement, héberger le futur centre.

Pour faire fonctionner le centre il faut une équipe composée au minimum de:

- Un médecin psychiatre ;
- Un médecin généraliste formé ;
- Quatre infirmiers dont deux psychiatriques.

Le service psychiatrique du Point G dispose des compétences nécessaires en matière de traitement de sevrage. Il s'agit de deux psychiatres dont un ayant une solide expérience de soins des personnes dépendantes des drogues et un autre diplômé en addictologie en France et qui vient d'être nommé au service.

Pour faire fonctionner l'unité mobile et l'unité fixe de réduction des risques il faut une équipe de sept personnes composée de travailleurs sociaux ; infirmiers ; pairs éducateurs et un médecin généraliste à mi-temps.

6. Concevoir des lignes directrices nationales de prévention des drogues en direction des jeunes. Un tel outil contribuera à harmoniser les approches et les méthodes d'intervention et construire une culture commune à tous les acteurs concernés. Ces lignes directrices doivent inclure un cadre de prévention claire et structuré comprenant une formation préalable ; accréditation et suivi et évaluations des structures et actions accréditées.
7. Réaliser rapidement, 2016, une étude bio-comportementale couplée avec une estimation de la taille de la population des drogues injectables à Sikasso.
8. Conduire une Evaluation qualitative Rapide de la Situation de l'usage des drogues et le VIH/sida dans les régions Kayes, Ségou et Mopti.

II. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie adoptée pour mener cette évaluation est basée sur l'hypothèse de l'équipe de l'ONUDC selon laquelle «*les données sur l'abus des drogues sont disponibles mais pas toujours accessibles ou enregistrées. Plusieurs sources potentielles de données peuvent être exploitées pour évaluer la situation.* [...] ». [1]

Ces données pourraient être sous la forme d'enregistrements, registre, des rapports non publiés des organismes gouvernementaux ou des ONG, des données secondaires et des informations orales détenues par les décideurs politiques, les professionnels ainsi que par les usagers actuels ou anciens des drogues.

Partant de cette base, afin de faciliter la collecte des données de manière standard et comparable, le consultant a mis au point un guide d'entretien sous forme de « questionnaire ouvert ». Le questionnaire se compose de deux sections relatives à la consommation des substances psychoactives et aux institutions en charge de réduction de la demande des drogues.

La consommation des substances

1. Histoire de drogues psychoactives utilisées dans le pays;
2. La spécificité nationale ; régionale ou locale de la consommation de substances et les raisons de cette spécificité;
3. Les Substances actuellement disponibles et leur prix de vente au détail, (dose/gramme ou unité), et le « nom de rue » de chaque;
4. Les tendances de consommation de substances, (*augmentation, diminution, stabilité*), au cours des cinq dernières années;
5. Principales caractéristiques démographiques des usagers de chaque substance;
6. Indicateurs clés: Prévalence de l'usage de drogues dans la population générale (adultes et jeunes); la prévalence de la mortalité directe et indirecte liée à la consommation de drogues; La prévalence du VIH parmi les injecteurs et enfin l'estimation du nombre de consommateurs de chaque substance.

Les institutions en charge de la réduction de la demande des drogues

1. Principales activités liées à la réduction de la demande de drogues;
2. Composition de l'équipe professionnelle;
3. Budget annuel et répartition des sources du financement ;
4. Description des activités et méthodologie d'intervention en matière de soins et/ou prévention ;
5. Des recommandations et/ou propositions, visant à mettre en œuvre et/ou améliorer le traitement; la prévention et la réduction des risques.

Les documents écrits ou audiovisuels liés aux questions de réduction de la demande de drogues produits par l'institution sont aussi collectés afin de compléter les entretiens oraux avec l'équipe professionnelle. Les données recueillies, (questionnaires, interviews, données secondaires), ont été triangulées ensemble pour rédiger le présent rapport.

III. CONTEXTE

Le Mali est un pays enclavé bordé par l'Algérie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au sud, la Guinée au sud-ouest, et le Sénégal et la Mauritanie à l'ouest.

Le pays est divisé en huit régions et un district (Bamako). Étant donné que les régions du Mali sont très grandes, le pays est divisé en 49 cercles et 703 communes. La population du Mali est de 14,5 millions (2009). Environ la moitié d'entre eux vit en dessous du seuil international de pauvreté de 1,25 \$ (US) par jour.

- Taux d'alphabétisation des adultes : 24,0. [2]
- Indice de développement humain : 0,380 [2]
- PIB par habitant : 1033 US \$ [3]

La population est essentiellement rurale (68% en 2002), et 5 à 10% sont nomades. Plus de 90% pour cent de la population vivent dans la partie sud du pays, en particulier à Bamako (plus d'un million d'habitants).

III. 1. Cadre juridique de l'usage des substances psychoactives illicites

Le cadre juridique relatif à l'usage et le trafic des stupéfiants actuellement en vigueur au Mali est celui de la loi N°01-078/an-RM du 18 Juillet 2001, portant sur le contrôle des drogues et des précurseurs [4]. Elle légifère à la fois pour la répression du trafic international et local et pour l'usage des substances illicites. L'usager de ces substances est considéré, pour ainsi dire, comme délinquant et comme un malade :

Il est délinquant dans la mesure où la détention même une faible quantité destinée à la consommation personnelle est punie :

- S'il s'agit d'une plante ou d'une substance classée drogue à haut risque compris l'huile de cannabis, d'un emprisonnement de 3 mois à 1 an et d'une amende de 25 000 à 100 000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement ;
- S'il s'agit d'un dérivé de la plante de cannabis autre que l'huile de cannabis, d'un emprisonnement de 2 mois à 6 mois et d'une amende de 15 000 à 75 000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement ;
- S'il s'agit d'une plante ou d'une substance classée comme drogue à risque d'un emprisonnement de 1 mois à 3 mois et d'une amende de 10 000 à 50 000 francs ou l'une de ces deux peines seulement. Dans ce dernier cas l'intéressé pourra être dispensé de peine ou de l'exécution de celle-ci s'il n'a pas atteint l'âge de la majorité pénale ou n'est pas en état de récidive. [4].

Il est malade dans la mesure où la loi instaure le principe « d'injonction thérapeutique » couplée avec dispensation de la peine lorsqu'elle stipule que la personne accusée d'usage ou de tentative d'usage illicite de substances psychotropes pourra être astreinte à une cure de désintoxication dans un établissement spécialisé ou sous surveillance médicale [4].

IV. TRAFIC TRANSFRONTALIER ; MARCHÉ LOCAL ET BLANCHIMENT

Au cours de la décennie 1990 l'Afrique de l'Ouest est utilisée comme lieu de déconditionnement et d'acheminement pour la cocaïne et l'héroïne vers les marchés européens. Le phénomène a connu une expansion rapide au milieu des années 2000 comme conséquence directe des mesures répressives drastiques prises par les États-Unis. Désormais les cartels des drogues latino-américains vont élire l'Europe comme marché de remplacement du marché américain et l'Afrique de l'Ouest comme plateforme d'acheminement vers ce marché. [5]

Trois conditions ont contribué à faire du Mali une plaque tournante idéale pour ce trafic :

- Des longues frontières poreuses avec l'Algérie au nord, (1376 km) ; le Niger à l'est, (821 km) ; la Mauritanie à l'ouest, (2237 km) et Burkina Faso au sud, (1000 km).
- Des vastes régions désertiques au nord (environ deux tiers de la superficie totale du pays, avec une densité de population de moins d'un habitant par kilomètre carré).
- Une sous-culture enracinée de contrebande de toutes sortes des marchandises entre le Maghreb et l'Afrique subsaharienne.

Dorénavant le Mali est essentiellement utilisé pour la réception et la réexpédition des drogues par voie aérienne [3, 5, 6].

IV.1. Les saisies de drogues en 2014-2015

Les saisies effectuées en 2014 et 2015 concernent essentiellement le cannabis ; la cocaïne et l'héroïne. Les personnes interpellées sont en grande partie des vendeurs fournies par des grossistes et semi-grossistes citoyens des pays voisins.

La cocaïne est essentiellement saisie au niveau de l'aéroport Bamako-Senou. Dissimulée sous forme de boulettes, souvent même dans l'organisme, la cocaïne transite plutôt via le Mali, à destination des pays voisins.

Tableau 1: Saisies des substances illicites en 2014 et 2015

produits	2014	2015
Cocaïne/Crack	3,614 Kg	1,112 Kg ; 210 boulettes et 536 doses de crack
Cannabis	4 Tonnes, 750 kg ; 732 boules ; 2 briques ; 52 plants et 300g graines	671,170 Kg ; 1572 boules ; 522 briques ; 400 g graine
Héroïne/« OFF »	2 kg	358 doses
Amphétamine	12 kg	

[7, 8]

À cela s'ajoute des saisies de médicaments psychotropes, essentiellement, Tramadol ; éphédrine et Diazépam. Ils sont commercialisés à travers des activités de ventes de produits pharmaceutiques illicites ou contrefaits. [7, 8]

IIV.2. Blanchiment de l'argent issu du trafic

Le blanchiment d'argent issu du trafic illicite des drogues au Mali est difficile à détecter comme l'essentiel des transactions financières se font en espèces, il est difficile pour le gouvernement d'identifier et de suivre la traçabilité des transactions financières illégales ou criminelles. [9]. Pourtant il pourrait être attesté par la richesse des villes comme Tombouctou et Gao en dépit de l'absence des ressources correspondantes issues de l'économie légale, (industrie, agriculture, tourisme...) [10]. L'autre méthode de blanchiment de l'argent issu du trafic illicite consiste à acheter des biens de consommation au Maghreb pour les revendre dans les régions Nord du pays.

Le Mali est membre de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA). Comme les autres pays membres de cet organisme le Mali a créé une structure spécialisée anti-blanchiment et de lutte contre le financement du terrorisme, y compris une unité de renseignement juridique et financier [9].

V. CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Les données relatives à la consommation des substances illicites ou de l'alcool au Mali sont rares. Selon l'Atlas de l'OMS, en 2004, à 15 ans la prévalence de l'abus de l'alcool chez les femmes est 0,03 et 0,28 chez les hommes. Pour ce qui de l'abus des drogues elle est 0,14 et 0,42 respectivement pour les femmes et les hommes [2].

Historiquement trois substances psychoactives naturelles, hallucinogènes essentiellement, (datura ; cannabis et alcool de fabrication locale), sont traditionnellement consommées dans des contextes spécifiques cérémoniaux ou festifs [11].

À partir de la décennie 80s et au cours d'un long processus étalé sur un peu plus de trois décennies les substances synthétiques et semi-synthétiques, en vogue en Europe ont été diffusées au Mali. À l'intérieur de ce processus on distingue deux phases de diffusion chronologiquement distinctes. La première est celle relative à la diffusion de l'héroïne et les médicaments psychotropes, (Ryhpnol, Diazepam Tramadol, Rivotril etc...), et la seconde est celle de la diffusion de la cocaïne free base (crack) et dans une moindre mesure celle chlorhydrate (poudre).

Phase I : Diffusion de l'héroïne et des médicaments psychotropes: Deux facteurs concomitants semblent agir pour entamer et accélérer ce processus. Il s'agit de l'immigration des Maliens en Europe notamment en France et l'essor du tourisme européen au Mali.

Ce n'est pas hasard que l'introduction de l'héroïne a eu lieu plus spécifiquement dans le quartier huppé de l'époque, l'Hippodrome, lieu de résidence du premier groupe d'initié à ce produit.

Ces deux groupes ont importé lesdits produits au pays et ont initié des personnes proches aux modalités de consommation de ces produits. Quelques années auraient suffi pour faire émerger une génération d'usagers autochtones qui n'a jamais immigré en Europe ni était contact avec des touristes européens.

À la fin de cette même décennie le phénomène est attesté au moins dans la ville de Bamako. Une enquête épidémiologique réalisée en 1989 au service de psychiatrie, dispensaire médicopsychologique de l'AMAMM, maison d'arrêt de Bamako (prison civile) institution spécialisée de Bollé et auprès des usagers actifs dans la rue sur un échantillon de 639 usagers des substances psychoactives, (592/93% hommes et 43/7% femmes), a trouvé que 240, (41%), consomment des médicaments comme produit principal et toute petite minorité de 5 personnes, (1%), consomment de l'héroïne [12].

Phase II : diffusion de la cocaïne chlorhydrate (poudre) et free base (crack) : Ces substances ne semblent faire leur apparition au marché local qu'au cours des années 2000. Cette diffusion est, probablement, en lien avec l'utilisation de l'Afrique de l'Ouest comme plaque tournante du transit de cocaïne et aussi le début de sa diffusion à une large échelle en Europe.

En 2008, une étude qualitative de la situation de l'usage de drogues au Mali a pu identifier des lieux précis à Bamako et à Sikasso de vente et de consommation de ces substances [13, 14].

V.1. Cannabis

Le cannabis, herbe et résine, est de loin la substance illicite la plus couramment consommée au Mali. La résine est importée du Maroc tandis que l'herbe est généralement importée du Ghana ou cultivée localement [10]. Preuve de sa large diffusion et ses nombreuses appellations:

« joint » « jiu » « diop » « yiri » [*arbre*] « бага » [*poison*] « konogna » [*nid d'oiseau*] « chichi » [*fumée*] « zoko » « saraba » [*le grand frère du tabac*] « falibo » [*crottin d'âne*] « pétard » [15].

La consommation de marijuana semble être l'apanage, entre autres, des jeunes et plus particulièrement les étudiants [13]. Dans l'étude RDS Bamako parmi les usagers des drogues injectables un peu moins de neuf répondants sur dix, 87,8% (439/500), déclarent en consommer [16]. Le nombre de consommateurs du cannabis est difficile à établir dans la mesure où les estimations avancées par les experts varient des quelques dizaines à quelques centaines de milliers.

V.2. Héroïne

L'héroïne est disponible sous l'appellation « Off ». À Bamako la dose, une petite quantité correspondant à une seule prise est vendue au prix unique de 1000 FCFA. À Sikasso elle est cédée à 1500-2500 FCFA.

Il n'existe pas une estimation du nombre d'usagers d'héroïne pour l'ensemble du pays. On dispose néanmoins d'une estimation grossière de mille héroïnomanes à Bamako et huit cents à Sikasso.

Dans l'étude RDS-Bamako l'héroïne est consommée par la quasi-totalité du groupe, 98% (490/500). Elle est rarement consommée seule, (2,4% 12/500), mais associée à un ou deux produits généralement le crack et/ou le cannabis [16].

Trois modalités d'administration de l'héroïne ont été identifiées :

1. **Le mode pulmonaire ou inhalation à chaud**, appelé localement « Tieze » [13], soit en faisant recours à la technique dite « chasse au dragon » qui consiste à disposer la poudre sur un morceau de papier aluminium, chauffé à l'aide d'un briquet. Le vapeur d'héroïne qui en résulte est inhalé par la bouche par une paille généralement de fabrication artisanale soit en cigarette. Dans ce dernier cas de figure l'héroïne est mélangée avec du cannabis seul ou avec du tabac et vendue et consommée sous l'appellation « cocktail » ;
2. **Le mode nasal « sniff »** ou la poudre l'héroïne est sniffée par le nez à l'aide d'une paille similaire à celle utilisée pour l'inhalation à chaud susmentionnée ;
3. **Le mode intraveineux**, appelé localement « Schito » [13], à l'aide d'une seringue 1cc avec une aiguille sertie ou détachable.

V.3. Cocaïne chlorhydrate et free base (crack)

La cocaïne dans sa forme chlorhydrate (poudre) est essentiellement saisie au niveau de l'aéroport Bamako-Senou. Elle est rarement utilisée localement sous cette forme. Dans l'étude RDS 23, (4,6%), personnes seulement sur 500 déclarent avoir consommé la cocaïne en poudre [16]. Lorsqu'elle existe en poudre le prix du gramme est d'environ 25000 FCFA. Elle est vendue sous les appellations « coke » ou « poudre » [17]. Elle est exclusivement sniffée par voie nasale.

La forme free base (crack), en revanche, est largement disponible et accessible notamment à Bamako et à Sikasso. La dose, (petit caillou fumé en une seule fois), est vendue sous l'appellation du « caillou » ou « crack », à un prix standard de 1000 FCFA à Bamako et à 1000 à 1500 FCFA à Sikasso.

Dans l'étude RDS Bamako 2015, 70%, (350/500), des répondants déclarent avoir consommé du crack au cours du mois précédant l'entretien d'enquête [16].

Le nombre d'utilisateurs du crack est estimé à environ 1500 à Bamako et 1000 à Sikasso.

Seul, il est uniquement fumé dans une pipe artisanale *ad hoc*. Dans le contexte malien le crack peut être considéré comme un produit « plateforme » dans la mesure où il est rarement consommé seul mais en association avec d'autres substances notamment l'héroïne et le cannabis.

V.4. Médicaments psychotropes

Nombreux sont les médicaments psychotropes, souvent contrefaits, disponibles en vente dans les échoppes du marché. Les plus connus et les consommés sont :

- les benzodiazépines tels que le diazépam (Valium®¹) ; le clonazépam (Rivotril®²) et le flunitrazépam (Rohypnol®) ;
- les analgésiques comme le pentazocine et la codéine et le tramadol qui est le psychotrope le plus saisi par les forces de l'ordre en 2015 [7];
- Les stimulants types amphétaminiques comme l'éphédrine®³, pémoline® ;
- Les somnifères de la famille des barbituriques comme le sécobarbital® [18]
- Les antimigraineux à base de pizotifène comme le Sanmigran®.

Ces différents médicaments sont largement utilisés en fonction des effets recherchés comme rester éveillé, endurance ; combattre la fatigue ; calmer des douleurs ou tout simplement pour les sensations de bien-être qu'ils procurent. Contrairement à d'autres pays les médicaments pharmaceutiques ne sont jamais injectés, snifés ou fumés mais avalés ou, dans certains milieux, dissouts dans le café et vendus comme tels sous l'appellation du « café renforcé ». Dans l'étude RDS Bamako 17,6%, (88/500), de l'échantillon font recours à cette dernière modalité de consommation des médicaments [16].

Le prix varie en fonction du médicament et le nombre des unités achetées. À titre d'exemple le prix du valium 10 est environ 25 FCFA ; un comprimé de Tramadol est environ 50 FCFA tandis qu'un comprimé de Rivotril est 150 à 200 FCFA.

V.5. Colle

Deux sortes de colles sont utilisées par des enfants et adolescents de rue à Bamako.

- Colle de chambre à air de pneu ;

¹ Noms de rue : « D10 » « blé blé » ou « bleu bleu » (en référence à la couleur du comprimé) ; « Roche 10 » en référence à au laboratoire fabriquant.

² Noms de rue : « bérêt rouge » ; « Rivo ».

³ Nom de rue : « le 14 ».

- Colle forte utilisée couramment en menuiserie.

Appelée « dissolution » ; « diss » ou « glo », le mode de consommation consiste en inhalation à froid, par la bouche, des émanations de la colle déposée dans un sachet en plastique ou un mouchoir.

VI. FOCUS SUR LES JEUNES

Les données sur la consommation des substances psychoactives chez les adolescents et jeunes majeurs sont lacunaires. On dispose néanmoins de quelques informations sur deux populations jeunes à Bamako :

- *Les étudiants universitaires :*

Une enquête menée en 2014, sur un échantillon de 1330 étudiants recrutés dans huit facultés de l'université de Bamako, révèle qu'un étudiant sur dix, (9,1%), consomme des drogues plus particulièrement de sexe masculin (73%). Parmi eux, près d'un tiers, (32%), consomme des drogues dures [19].

- *les adolescents et jeunes majeurs pris en charge par le Samu Social :*

Le nombre d'enfants et jeunes majeurs errants correspondant au vocable générique « enfants des rues », à Bamako et à plus forte raison au Mali est inconnu. Les estimations oscillent entre quelques milliers à quelques dizaines de milliers [20].

C'est au cours des années 1980, et plus particulièrement à la suite des famines de 1985 et son cortège d'exode rural que le phénomène est devenu visible dans l'espace public.

Ces enfants et jeunes en situation de rupture familiale sont en majorité des anciens « talibés⁴ », mendiants, talibés mendiants, des enfants ayant fui leurs familles pour des raisons d'extrême pauvreté ; revendeurs, laveurs de voiture, d'anciennes aides ménagères ; prostituées etc.. [21]. Cette population est en augmentation permanente tout particulièrement depuis 2011. Le nombre des personnes pris en charge par le Samusocial est passé de 483 en 2011 à 1105 en 2015. Au cours de la même période de référence le nombre de personnes nouvelles rencontrées a passé de 107 à 413 [22].

La direction du Samu Social a accepté de donner accès au consultant à une extraction anonymisée de la base des données de l'institution. Celle-ci contient les données relatives à 3343 individus correspondant à la file active de l'organisme entre 2001 et 2015.

De ce nombre il a été exclu les enfants de moins de 11 ans dans la mesure où aucun n'a déclaré consommer des substances psychoactives. Il a été exclu aussi les enregistrements dont l'âge ou le sexe n'est pas renseigné.

Au total 2824 individus correspondant aux critères ont été retenus. Il s'agit de 1997 (70,7%) garçons et 827 filles (29,3%).

Parmi ce groupe 123 personnes pour lesquelles la variable consommation du « toxique » a été renseignée. Il est à souligner que cette variable n'est pas systématiquement renseignée en routine. La fiche de contact étant remplie lors du premier entretien avec les personnes rencontrées.

Or parmi ces personnes, une petite minorité accepte de divulguer, lors du premier entretien,

⁴ Elèves des écoles coraniques, condamnés à mendier par leur maître marabout qui s'échappent de ces lieux mais continuent à pratiquer la mendicité.

les informations relatives leurs consommations des drogues. Le nombre important des personnes pour lesquelles cette variable n'est pas renseignée interdit le calcul de la prévalence de consommation de ces substances parmi la file active du Samu Social.

Abstraction faite du tabac, 123 personnes déclarent consommer, comme produit principal, de la colle, de l'alcool ; des médicaments psychotropes ou du cannabis. Sans conteste la colle est la substance la plus consommée : un peu plus de deux tiers déclarent en consommer ; suivie par l'alcool : un sur cinq puis une petite minorité pour les médicaments, (8%), et le cannabis (4%).

Tableau 2 : Répartition de consommation de substances psychoactives parmi ceux ayant déclaré en avoir consommé, n=123

	Effectifs/pourcentages
Colle	83/67,5
Alcool	25/20,3
Médicaments	10/8,1
Cannabis	5/4,1
Total	123/100,0

[23]

L'analyse montre que les filles sont proportionnellement plus consommatrices d'alcool que les garçons tandis que ces derniers consomment essentiellement de la colle et dans des proportions beaucoup plus importantes que les filles.

Tableau 3 : Répartition des consommateurs de substances psychoactives par sexe, n=123

	Alcool	Cannabis	Colle	Médicaments	Total
Filles	21 (47,7%)	2 (4,5%)	15 (34%)	6 (13,6%)	44
Garçons	4 (5,0%)	3 (3,8%)	68 (86%)	4 (5%)	79

[23]

Toutes substances confondues, la consommation est plus importante dans la tranche d'âge 11-19 ans (86%) contre 14% pour la tranche d'âge 20-29 ans.

La colle est la substance la plus consommée. Elle est aussi la plus consommée précocement dès l'âge de 11 ans et la seule substance consommée avant l'âge de 13 ans.

Le pic de consommation se situe pour la colle entre 13 et 15 ans ; les médicaments 15 et 16 ans ; le cannabis 16 ans et l'alcool entre 16 et 17 ans.

Tableau 4 : Répartition des consommateurs de substances psychoactives par âge n=123

Age	Alcool	Cannabis	Colle	Médicaments	Total
11 ans			2		2
12 ans			6		6
13 ans			12		12
14 ans	2		11	1	14
15 ans	1	1	19	2	23
16 ans	4	2	9	3	18
17 ans	5	1	8	1	15
18 ans	3		7	1	11
19 ans	3		2		5
<i>total ≤ 19 ans</i>	<i>18</i>	<i>4</i>	<i>77</i>	<i>8</i>	<i>106</i>
<i>total ≥ 20 ans</i>	<i>7</i>	<i>1</i>	<i>6</i>	<i>2</i>	<i>17</i>
Grand total	25	5	83	10	123

[23]

VII. DISPOSITIF DE SOINS DES ADDICTIONS

Le Mali dispose un seul service psychiatrique, situé dans un bâtiment autonome au sein du CHU « Point G », auquel sont attachées des antennes dans six de huit régions du pays. Chaque antenne est tenue par un assistant médical généralement un infirmier psychiatrique.

Le pays ne dispose que de six psychiatres dont trois au CHU Point G et trois exerçants dans le secteur privé (deux à Bamako et un à Koutiala).

Le service psychiatrique de Point G dispose d'une cinquantaine de lits d'hospitalisation. En 2015, il a accueilli 3000 patients en consultations externes et 300 patients en hospitalisation.

Au cours de la même année de référence environ 120 personnes ont consulté pour des problèmes liés à l'usage des drogues. Parmi eux une cinquantaine a été hospitalisée dont vingt-cinq, (23 hommes et 2 femmes), pour des troubles en liens avec l'usage abusif d'héroïne et/ou crack.

Dans une année donnée, les moins 25 ans représentent 15% de la file active des patients usagers de drogues. En moyenne ces patients sont hospitalisés entre deux à trois mois environ.

Ceux dont la substance à l'origine de prise en charge est l'héroïne ou de la cocaïne/crack suivent une cure de sevrage les deux premières semaines d'hospitalisation. Le traitement standard de sevrage pour les patients hospitalisés inclut un antalgique ; un antispasmodique et un antihypertenseur (Clonidine/Catapressan).

La durée d'hospitalisation moyenne de patients usagers de drogues est un mois. Le cout d'hospitalisation pour le patient est environ 11.000 FCFA.

VIII. INJECTION DE DROGUES ET TRANSMISSION DU VIH

VIII. 1. Situation épidémiologique VIH au Mali

Le taux de séroprévalence du VIH au Mali est, 1,1% en 2012-2013. Dans le groupe d'âge 15-49 ans le taux de séroprévalence chez les femmes est 1,3% et 0,8 chez les hommes. La voie de transmission la plus fréquente du VIH/sida reste la voie sexuelle. Le poids des autres modes de transmission n'est pas connu [24].

Selon les dernières estimations 96438 personnes vivent avec le VIH (PVVIH) au Mali en 2014 dont 39 749 hommes, 56 689 femmes et 14 974 enfants de 0 à 14 ans [25].

En 2012, le nombre d'UDI a été estimé à 9265 individus. [24]. Toutefois, à la lumière des résultats récents de l'étude RDS-Bamako ou le taux de recours, au cours de la vie, au mode d'administration intraveineux parmi les usagers des drogues injectables n'est que 7,8%, (39/500), cette estimation peut s'avérer largement supérieure à la réalité du phénomène dans le pays.

L'introduction de l'injection intraveineuse semble être postérieure à l'introduction des drogues injectable dans le pays dans la mesure où lors de l'étude menée en 1989 aucun usager ne faisait recours au mode d'administration injectable. L'écrasante majorité, (93,5%), utilisait le mode d'administration oral et la minorité restante le mode nasal [12, 26].

Les pratiques à risques infectieux parmi les usagers injecteurs sont importantes. Dans l'enquête en milieu universitaire une moitié seulement, (52%), des consommateurs de drogues injectables déclarent utiliser un matériel à usage unique et quatre injecteurs sur cinq (81%) partagent les seringues avec d'autres injecteurs [19].

Dans l'étude RDS-Bamako sur les vingt-trois qui se sont injecté au cours du dernier mois un tiers déclare réutiliser sa propre seringue (34,8%) et un quart déclare partager des seringues avec d'autres injecteurs (26%). [16]. Cette pratique à risque qui consiste à utiliser la même seringue par plusieurs injecteurs est confirmée par des données issues d'une étude qualitative antérieure qui a révélé que des injecteurs peuvent « (...) partager la même seringue pendant une semaine, sinon jusqu'à ce que l'aiguille se casse ou qu'elle ne soit même on mesure de perforer la peau » [13].

Ce taux élevé de partage des seringues est encore plus alarmant lorsqu'il est combiné avec des difficultés d'obtention des seringues stériles en pharmacies d'officine. En effet certains pharmaciens, en contradiction avec le règlement en vigueur, [27], exigeraient une ordonnance d'un médecin pour vendre des seringues aux UDI.

Parmi les participants à l'étude RDS dix personnes, (8 hommes et 2 femmes), sont testées positives au VIH soit un taux de prévalence de 2%. Ce taux est légèrement plus élevé que celui constaté en population générale à Bamako (1,7%) et le double de la prévalence au niveau national (1,1%).

Elle est de 5,1% chez les injecteurs, soit trois fois plus élevée que chez les non injecteurs.

La prévalence des hépatites virales est plus élevée que celle du VIH, avec 15% pour le VHB et 3% pour le VHC. [16].

VIII. 2. Les usagers de drogues injectables dans la politique de prévention VIH/Sida

La riposte nationale au VIH n'a accordé que peu de place à cette population vulnérable. Les documents produits par les instances nationales en charge du VIH/sida vont tous dans le même sens. Tout en identifiant les UDI comme une population clé au même titre que les professionnelles de sexe et les HSH mais contrairement à ces deux derniers groupes, ils ne préconisent pas d'actions concrètes de prévention pour eux.[25, 28].

Ainsi le cadre stratégique national 2013-2017, dans le domaine de la prévention auprès des trois populations clés, (PS, MSM, UDI), fixe comme objectif de réduire « *les nouvelles infections de 50% d'ici 2017* » et comme résultats d'effets qu'« *au moins 75% des populations clés adoptent un comportement à moindre risque d'ici 2017* ». toutefois, contrairement aux PS et MSM ne prévoit aucune action de « prévention combinée » au bénéfice des UDI pour obtenir ce résultat et atteindre l'objectif fixé [28]. La note conceptuelle unique VIH/TB de 2016 préconise uniquement « (...) *des interventions de RdR et des interventions pour lever les obstacles juridiques en vue de la création d'un environnement favorable* » [25].

IX. PREVENTION

Le Mali n'a pas encore conçu un plan d'actions national de prévention de drogues. Il existe néanmoins quelques initiatives prometteuses des départements ministériels et de la société civile, souvent encore dans le stade du projet, qui tentent de développer des activités de sensibilisation/information dans le domaine de prévention primaire des drogues ou du sida auprès des usagers de drogues. Il s'agit des ministères de l'Education Nationale ; de la Jeunesse et de la Sécurité et les deux associations AJLT-DAO et Kéné Dougou Solidarité.

IX. 1. Ministère de l'Education Nationale

À la demande de l'OCS, la direction nationale de la pédagogie a élaboré des « fiches de leçons modèles » destinées aux élèves de deuxième cycle de l'enseignement fondamental. L'objectif fixé est de sensibiliser les apprenants sur les dangers de la consommation de la drogue. Les séances sont co-animées avec un agent de lutte contre la drogue/ou un agent santé. Les techniques d'animation choisies sont le travail des groupes et celle dite « brainstorming ».

La séquence est composée de quatre activités distinctes :

1. Définir ce qu'est une drogue ;
2. Enumérer les effets de drogues, ci-dessous, entrant sous cette définition.
 - Les drogues hallucinogènes ;
 - Les drogues opiacées ;
 - La cocaïne ;
 - L'alcool (éthanol) ;
 - le tabac (nicotine) ;
 - Le cannabis.
3. Les conséquences de l'usage des stupéfiants sur l'individu et sur la société.
4. les moyens de lutte contre l'usage de la drogue.

Chaque séance est suivie d'une évaluation de la connaissance acquise. Il est demandé aux participants de définir la drogue ; citer deux sortes de drogues et citer deux effets de la drogue sur l'individu [29].

Ce module n'est pas encore mis en œuvre.

IX. 2. Ministère de la Jeunesse

La direction nationale de la jeunesse au sein du ministère de la jeunesse et des sports a élaboré et adopté un plan d'action quinquennal, 2013-2017, de prévention et de lutte contre la drogue. Le plan est centré sur trois axes : prévention ; récupération/orientation et suivi/évaluation, avec un budget total de réalisation estimé à 1.110.000.000 FCA.

Axe I : Prévention

Le plan prévoit six actions de prévention à mener simultanément :

1. Sensibilisation 20000 leaders jeunes et cadres de jeunesse de Bamako et dans les régions sur les dangers liés aux drogues ;
2. Formation de 1000 leaders jeunes et des cadres de jeunesse dans le cadre de la lutte contre la drogue ;
3. Sensibiliser 100000 jeunes sur les effets de la drogue par le biais des radios « Voix des Jeunes » ;
4. Mettre en place 10 points focaux dont un au niveau national afin de mieux traiter les questions de drogue ;
5. Institution d'une journée nationale des jeunes contre la drogue ainsi qu'une campagne d'envergure visant à toucher 200000 jeunes ;
6. Création de 12 brigades et réseaux de jeunes antidrogue.

Récupération/orientation

Création de 12 d'unités d'écoute et d'orientation des jeunes.

Suivi/ évaluation

1. Assurer le suivi des jeunes ayant abandonné la drogue ;
2. Création d'un fond d'appui et d'insertion des jeunes ayant abandonné la drogue par le biais d'activités génératrices de revenus [30].

Abstraction faite des messages de sensibilisation diffusés dans les treize radios « voix des jeunes », faute du financement adéquat aucune des actions prévues n'a été réalisée.

IX. 3. Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile

Les actions du ministère de la Sécurité en matière de prévention de drogues sont confiées à l'Office Central des Stupéfiants. Pour le moment ces actions sont regroupées autour de la Journée Internationale contre l'abus et le trafic de Drogues de 26 Juin. En 2014 trois activités ont été menées : une marche, une journée de plaidoyer, et une conférence-débat. Elles ont mobilisé des organisations de la société civiles, des élus nationaux et des étudiants [8].

En 2015, les activités de préventions ont été délocalisées à Sikasso. Elles consistaient à une conférence-débat sous la présidence du Ministre de la Sécurité et de la Protection Civile ; une marche de sensibilisation populaire et une séance d'incinération des produits stupéfiants saisis. [7].

IX. 4. Association AJLT-DAO

L'association a deux projets dont un déjà réalisé sur la prévention des drogues « Café sans drogue » et l'autre, sur la prévention du VIH/Sida « Garage sans sida », en attente du financement.

Le projet « **Café sans drogue** » cible essentiellement les apprentis chauffeurs « coxeurs », (adolescents et jeunes adultes rabatteurs de clients vers les minibus de transport collectif à Bamako). Compte tenu de leurs conditions de travail difficiles nombreux parmi eux qui sont devenus dépendants aux médicaments psychotropes ajoutés au « Nescafé renforcé ». Le

message de sensibilisation principale du projet était « *Quand tu bois tu ne te contrôles pas* ». Le projet a pu sensibiliser 150 apprentis sur leurs lieux du travail.

Le projet **Garage⁵ sans Sida et sans Ebola** vise à sensibiliser 2000 personnes, (chefs de garages ; ouvriers ; apprentis ainsi les vendeuses ambulantes et les professionnelles de sexe exerçant aux alentours), dans 30 garages à Bamako. La méthodologie d'intervention consiste à animer 50 causeries éducatives dans les garages et former 100 éducateurs pairs, (chefs de garages et apprentis), sur les modes de transmission; prévention ; dépistage volontaire et prise en charge du VIH-Sida [31].

IX. 5. Kéné Dougou Solidarité

Le projet réduire les risques d'infection IST/VIH/SIDA/VHC à Sikasso et Koutiala a pour objectif de réduire les risques de transmission de pathologies infectieuses transmissibles et d'assurer aux usagers injecteurs un package complet de prévention et de soins.

La méthodologie d'intervention s'articule, essentiellement, autour de quatre axes :

1. Travail de proximité, « outreach », sur les lieux de consommations des drogues injectables ;
2. Mise à disposition des matériels d'injection stériles et des préservatifs ;
3. Incitation aux dépistages et dépistage des pathologies infectieuses transmissibles ;
4. Soins médicaux et soutien psychosocial pour les personnes séropositives.

Au cours de l'année 2015 le projet a pu réaliser :

- 217 causeries éducatives et 159 sorties de terrain auprès de 2740 personnes ;
- 69 séances de permanence auprès de 172 usagers de drogues ;
- distribuer 5171 seringues, 4927 tampons alcoolisés, 3806 stérifilts, 4313 cups, 4867 flacons d'eau stériles ; 33419 préservatifs et 625 gels lubrifiants ;
- dépister 92 UDI au VIH dont 7 cas diagnostiqués séropositifs ;
- dépister 76 personnes aux IST dont 50 cas diagnostiqués positifs ;
- Assurer le traitement médical et le soutien psychosocial pour les 7 personnes séropositives au VIH et 50 personnes séropositives aux IST [32, 33].

⁵ Un garage est composé de plusieurs corps de métier : mécaniciens, tôliers, électriciens etc.

X. SITUATION DES PRISONS

Le Mali dispose de 59 établissements pénitentiaires. En 2015, 5114 personnes ont été incarcérées dans ces établissements dont 4815 hommes ; 151 femmes et 148 mineurs.

50 détenus sont malades du sida. Ils sont tous placés sous traitement ARV.

51 décès, toutes causes confondues, sont survenus au cours de l'année dont la moitié (26 cas) au MCA de Bamako [34].

Tableau 5 : Répartition des détenus en fonction du sexe et situation juridique en 2015, n°5114

LOCALITES	EFFECTIFS	HOMMES		FEMMES		MINEURS	
		Prévenus	Condamnés	Prévenus	Condamnés	Prévenus	Condamnés
MCA-Bamako	1759	1068	691				
Bollé Femmes	105			53	35	16	1
Bollé Mineurs	58					48	10
Région de Kayes	460	224	217	9	2	07	1
Région de Koulikoro	789	251	495	19	1	21	2
Région de Sikasso	555	210	319	10	4	7	5
Région de Ségou	593	250	321	8	2	11	1
Région de Mopti	351	182	154	2	1	10	2
Région de Tombouctou	237	91	137	4	1	4	
Région de Gao	194	79	113			1	1
Région de Kidal	13	12	01				
TOTAL	5 114	2 367	2 448	105	46	125	23

Au cours de l'année 2015, 7,8% des détenus condamnés hommes, (192/2448), l'ont été pour détention de stupéfiant. Aucun parmi les femmes et les mineurs [34].

L'étude RDS de Bamako 2015 de son côté montre qu'un participant sur trois a été incarcéré au cours de la vie (152, 30,4%). Cette proportion est plus élevée chez les UDI exerçant des activités illégales : un sur quatre.

La moitié des UDI qui ont été incarcérés déclare avoir consommé des drogues en prison ; mais le tableau des consommations en prison est différent de celui en milieu libre, avec essentiellement du cannabis, puis de l'héroïne et des médicaments ; la cocaïne et le crack n'ont pas été mentionnés. Aucun d'entre eux ne déclare une pratique d'injection en prison [16].

La prévalence du VIH chez ceux ayant été incarcérés et ayant déclaré consommer des drogues en prison est particulièrement élevée : 6% chez les consommateurs d'héroïne en prison, 8% chez les consommateurs de médicaments en prison et 4% chez les consommateurs de cannabis en prison. Pour les 77 UDI incarcérés, la prévalence moyenne du VIH est de 4%, soit le double de celle constatée dans le groupe total [16].

Deux associations interviennent dans les prisons notamment à Bamako, essentiellement dans le cadre de prévention et des soins du VIH/Sida. Il s'agit de l'association ASDAP et l'association ARCAD :

X. 1. Le projet d'ASDAP à Bamako, Kayes Kati, et Dioïla:

Le projet de réduction de l'incidence et de l'impact du VIH/SIDA en milieu carcéral, [35], vise à offrir des services de prévention des IST/VIH/SIDA au niveau de 4 centres de détention et de correction respectivement à Bamako, Kayes Kati, et Dioïla. Le projet a débuté en octobre 2012 et prendra fin en mars 2018. Il est mené en partenariat avec CDC d'Atlanta dans le cadre du PEPFAR⁶ et le ministère de la Justice et le CSLS.

Au cours de l'année 2015 les activités suivantes ont été réalisées [36].

- Renforcer les compétences vie sur les IST, le VIH et le Sida et en gestion de CDV de 16 gardiens de prison et travailleurs sociaux ;
- Former et renforcer les compétences vie sur les IST, le VIH et le Sida des 60 pairs éducateurs ;
- 3448 causeries éducatives ;
- 3641 séances de counseling ;
- 656 visites dans les chambres ou cabinets des détenus) ;
- 333 séances de projections vidéo à viser préventive ;
- 3 605 plans de réduction de risque élaborés au cours les consultations médicales (dont tous les entrants soit 2402) ;
- 3115, (dont 31 femmes), détenus et personnel pénitenciers ont été testés au VIH ;
- 33 cas de séropositivité au VIH détectés (tous des hommes dont 3 âgés moins de 25 ans). Ils ont été tous référés dans les structures de prise en charge globale ;
- 282 cas d'IST diagnostiqués et traités ;
- 30 cas de Tuberculose pulmonaire ont été enregistrés et ont bénéficié des soins au niveau des CSRéf [36].

X. 2. Le projet d'ARCAD-sida au MCA de Bamako

Le projet d'amélioration de l'accès de la population carcérale de la MCA aux services de prévention et de prise en charge des IST et de l'infection à VIH a démarré fin 2011.

Il vise à assurer la prévention de l'infection à VIH aux détenus, renforcer l'accès au traitement, à l'accompagnement psychologique et au soutien social pour les détenus infectés par le VIH et porteurs de la tuberculose [37].

Les interventions sont réalisées en partenariat avec la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH du Ministère de la Justice, la Direction Nationale de l'Administration Pénitentiaire et de l'Education Surveillée (DNAPES) et les régisseurs des prisons [38].

En 2014 les activités suivantes ont été réalisées au niveau de MCA Bamako :

- 3 causeries éducatives sur le VIH/Sida et IST au sein de la prison pour 90 détenus ;
- 444 conseils pré et post-test VIH ;
- 16 notifications des cas positifs au VIH ;
- 1453 consultations médicales des détenus in situ de la prison ;

⁶ Plan d'urgence de lutte contre le VIH et le Sida du Président des USA

- 6 recherches de crachat BARR positif avec prise en charge ;
- 16 bilans pré thérapeutiques et de suivi sous traitement ;
- 8 séances individuelles d'inclusion et de suivi de l'observance ;
- 96 diagnostics et prise en charge des infections sexuellement transmissibles ;
- 13 Suivis des détenus patients séropositifs sous ARV ;
- 28 Entretiens individuels à visée sociale ;
- 28 appuis en kits alimentaires [38].

XI. PRINCIPALES INSTITUTIONS ET ONG

XI. 1. Institutions nationales

XI. 1. 1. Mission interministérielle de Coordination de la Lutte contre la Drogue (MILD)

La Mission est créée par décret du premier ministre N°2015- 03 9 9/P-RM du 4 Juin 2015 [39]. Elle est placée sous l'autorité du ministre chargé de la Sécurité. Elle a pour missions :

- de valider la politique nationale en matière de lutte contre la drogue ;
- de coordonner les actions des départements ministériels, de la société civile et des organisations internationales en matière de lutte contre le trafic illicite des drogues et de la toxicomanie ;
- de préparer les décisions du Gouvernement au plan national et international en ce qui concerne la lutte contre le trafic illicite des drogues et de la toxicomanie ;
- d'approuver les plans d'actions, les projets ou programmes ainsi que toutes autres mesures visant à protéger le pays contre des actions susceptibles d'engendrer la toxicomanie ;
- de proposer des mesures propres à améliorer les moyens mis à la disposition des différents services investis de missions de lutte contre la drogue ;
- de veiller à l'application des conventions, accords et protocoles nationaux et internationaux relatifs aux stupéfiants, aux substances psychotropes et aux précurseurs.

La mission est composée des directeurs nationaux ou généraux des organismes suivants : Pharmacie et du Médicament ; Affaires judiciaires et du Sceau ; Douanes ; Affaires juridiques; Administration du Territoire ; Transports terrestres, maritimes et fluviaux ; Enseignement fondamental ; Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique ; Commerce et de la Concurrence ; Jeunesse ; Sports et de l'Education physique ; Services de Santé des Armées ; Agriculture ; Eaux et Forêts ; Développement social ; Tourisme et d'Hôtellerie ; Travail ; Promotion de l'Enfant et de la Famille ; Agence malienne de Presse et de Publicité ; Office central des Stupéfiants.

Par l'arrêté N°2016 MSPC-SG du 12 Avril 2016 [40], le ministre de la sécurité et de la protection civile a fixé l'organisation et les modalités de fonctionnement du Secrétariat permanent de la Mission Interministérielle de coordination de la Lutte contre la Drogue. Il est chargé de:

- préparer l'ordre du jour des sessions de la Mission Interministérielle de coordination de la Lutte contre la Drogue;
- assurer le secrétariat des réunions de la Mission Interministérielle;
- assurer l'exécution des décisions de la Mission Interministérielle; de coordonner l'activité des commissions techniques;
- élaborer un rapport annuel d'activité.

Il est composé de cinq commissions techniques:

La Commission Politique et Stratégie, présidée par le Directeur de l'Office Central des Stupéfiants, est chargée de proposer au Secrétaire permanent les éléments de la politique nationale en matière de lutte contre la drogue; de coordonner l'action des départements ministériels impliqués dans la conception et la mise en œuvre de ces politiques pour une meilleure application des mesures de lutte contre la drogue; de veiller à l'application stricte des règles de coordination opérationnelle de la lutte contre la drogue par tous les services y concourant: d'élaborer les plans d'action, projets et programmes de lutte contre la drogue et la toxicomanie à soumettre à l'approbation de la MILD ; de proposer des mesures propres à améliorer les conditions de travail des services chargés de la lutte contre la drogue.

La Commission Législation et Répression, présidée par le Directeur National des Affaires Judiciaires et du Sceau, est chargée de suivre et d'évaluer l'état de la législation sur les drogues et de proposer les modifications qu'elle juge nécessaires; de contribuer à l'application des dispositions relatives à la lutte contre l'abus et le trafic illicite des drogues au Mali.

La Commission Prévention et Sensibilisation, présidée par le Directeur National de la Jeunesse, est chargée d'organiser des campagnes d'éducation, d'information et de sensibilisation des populations, particulièrement dans les milieux scolaires et extrascolaires et auprès des couches vulnérables, sur les dangers liés à la consommation et au commerce illégal des drogues et de leurs précurseurs, de concert avec notamment les organisations de la société civile, les ONG, les services de sécurité, les services judiciaires, les services de santé, les structures d'enseignement; de susciter l'implication active des médias dans les campagnes et actions de prévention; d'initier des mécanismes de collecte et d'évaluation des données portant sur des faits d'abus et de trafic de drogues.

La Commission Trafic Licite et Prise en Charge, présidée par le Directeur de la Pharmacie et du Médicament, des Toxicodépendants, est chargée d'élaborer les rapports et les statistiques des importations et des exportations et de collecter toute autre information destinée à l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants ; de proposer la modification des tableaux de classification des stupéfiants, substances psychotropes et des précurseurs chimiques; de mettre à jour la liste des stupéfiants et des psychotropes sous contrôle national; de contrôler l'importation, l'exportation, la détention, la transformation, l'emploi et le stockage des stupéfiants, substances psychotropes et des précurseurs chimiques ainsi que les équipements destinés à la fabrication des dérivés; de participer à la destruction des drogues saisies; de proposer une stratégie de dépistage et de prise en charge sanitaire des toxicodépendants en rapport avec les organismes non-gouvernementaux ; de créer une banque de données.

La Commission Coopération Internationale, présidée par Le Directeur des Affaires Juridiques, est chargée de suivre le processus d'élaboration, de ratification et de mise en œuvre des différentes conventions internationales; de vulgariser les recommandations et les décisions des Nations Unies dans le cadre de la lutte contre la drogue; de maintenir une liaison suivie avec les organismes ou réseaux internationaux spécialisés dans la lutte contre la drogue.

XI. 1. 2. Office Central des Stupéfiants (OCS)

L'office est créé initialement par décret du premier ministre N°10- 212 /P-RM du 13 Avril 2010 [41] puis régularisé par l'Ordonnance n°2013-012/P.RM du 2 septembre 2013. Il est placé sous l'autorité du Ministre chargé de la Sécurité,

Il a pour mission de mettre en œuvre l'ensemble des mesures envisagées au plan national, sous régional, régional et international pour une lutte cohérente et coordonnée contre le trafic illicite des stupéfiants. À ce titre, il est chargé de :

- collecter, centraliser, analyser et exploiter tous les renseignements pouvant faciliter la prévention et la répression du trafic illicite des stupéfiants ;
- mettre en œuvre et coordonner toutes les actions tendant à la répression du trafic illicite des stupéfiants ;
- créer et alimenter les banques de données relatives aux faits d'abus et de trafic illicite des stupéfiants ;
- assurer la formation des personnels préposés à la lutte contre le trafic illicite des stupéfiants ;
- assurer la diffusion, au niveau des services chargés de la lutte contre le trafic illicite des stupéfiants, des informations relatives notamment à son évolution ainsi que des techniques et procédés entrant dans le cadre de cette lutte ;
- mettre en œuvre les recommandations du comité interministériel de coordination de la lutte contre la drogue.

L'Office est composé des représentants des administrations impliquées dans la lutte contre le trafic illicite des stupéfiants notamment la Police, la Gendarmerie, les Douanes, les Eaux et Forêts, la pharmacie et du médicament, les Services de Psychiatrie.

Il comprend une Cellule de Renseignement ; une Cellule d'appui Technique ; des Unités d'Intervention et un Antenne dans chaque région administrative. Outre les missions de terrain, ces antennes collectent, au niveau régional, toutes les données relatives au trafic illicite des stupéfiants et les transmettent à la Direction de l'Office [41]. Toutes ces antennes sont opérationnelles, excepté celle de la région Kidal [42]. Dans le district de Bamako, il dispose de deux groupes d'intervention et une Cellule Aéroportuaire à l'aéroport international de Bamako-Sénou [42].

À la fin de chaque année civile, l'Office Central prépare et soumette au Ministre chargé de la Sécurité un rapport sur l'évolution du trafic et de l'usage illicite des drogues.

Dans le cadre de la coopération internationale, il établit et maintient des rapports étroits avec les offices centraux ou services correspondants étrangers en vue d'un échange rapide de renseignements portant sur le trafic illicite international. Dans le même cadre, il communique aux autorités compétentes des Etats intéressés toute information relative à un trafic illicite portant sur l'importation ou l'exportation des drogues. Il est le correspondant de l'Organisation Internationale de Police Criminelle, (OICP), en rapport avec le Bureau Central National (BCN/INTERPOL).

L'effectif actuel de l'OCS est de 104 agents. Il dispose d'un crédit de fonctionnement annuel d'un montant d'environ 100 millions FCFA.

XI. 1. 3. Direction de la Pharmacie et du Médicament

Elle est créée par le décret du Premier Ministre N°2011-753/P-RM du 17 Novembre 2011 [43]. Elle comprend trois divisions : Règlements et Suivi de l'exercice de la profession pharmaceutique ; Assurance Qualité et Economie du médicament et Laboratoires d'Analyses Biomédicales.

La Division Règlements et Suivi de l'exercice de la profession pharmaceutique⁷ est chargée d'établir la réglementation en matière de production, de stockage, de distribution et de destruction en cas d'avarie des produits du domaine pharmaceutique ; veiller à l'application des conventions et traités internationaux relatifs aux stupéfiants et aux substances psychotropes ; préparer les éléments d'analyses pour la révision de la liste nationale des médicaments essentiels et instruire les dossiers de demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM). Elle comprend trois sections: réglementation ; Suivi et contrôle de l'Exercice de la Profession Pharmaceutique et Homologation des produits pharmaceutiques.

XI. 1. 4. Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA

Le HCNLS a été créé par décret N°106 P-RM du 31 Mars 2004 en tant qu'organe d'orientation et de coordination politique et multisectorielle de lutte contre le VIH et le SIDA. Il est présidé par le président de la République.

Il est chargé de définir la politique de lutte contre le SIDA et de fixer les orientations relatives au développement des stratégies et des programmes y afférents. Le conseil est doté d'une Secrétariat Exécutif chargée de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le sida.

Au niveau des ministères existent des comités de coordination sectoriels de lutte contre le sida qui ont pour mission de fixer au sein des départements ministériels, en liens avec le HCNLS, les orientations relatives à la lutte contre le VIH et le sida. Les cellules sectorielles de lutte contre le VIH et le sida sont les organes d'exécution des décisions desdits comités.

XI. 1. 5. Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA dans le secteur de la Santé

Le Comité est créé par Décision N° 05- MS-SG du 2005 du ministre de la Santé [44]. Il est chargé d'assister le ministre chargé de la Santé dans l'élaboration, la coordination, la mise en œuvre et le suivi-évaluation du Plan sectoriel de lutte contre le VIH-SIDA du secteur de la santé.

À ce titre, il assure les tâches suivantes: organiser et impulser la réponse nationale de lutte contre le VIH-SIDA relevant du secteur de la santé notamment en matière de normes, de procédures et de protocoles, de désignation et de suivi des centres de dépistage et des structures de référence, d'approvisionnement en antirétroviraux et réactifs, d'équipements, de mobilisation de ressources et de mobilisation sociale; adopter le projet de Plan sectoriel de lutte contre le SIDA du domaine de la Santé et ses programmes de mise en œuvre; examiner et approuver les rapports d'activité des structures de mise en œuvre des programmes opérationnels annuels du Plan sectoriel; soutenir l'intégration et la décentralisation des activités de lutte contre le VIH/SIDA avec les autres programmes du ministère de la Santé.

⁷ Seule division de la Direction directement concernée par les stupéfiants.

Le secrétariat du Comité est assuré par une Cellule constituée d'un coordonnateur; un responsable en dépistage conseil/soins/prise en charge/ARV ; un responsable pour les IST et la surveillance épidémiologique ; un responsable en planification, programmation, suivi-évaluation et un responsable pour la sensibilisation, la communication, l'information, la documentation et le plaidoyer.

XI. 1. 6. Laboratoire National de la Santé

Le Laboratoire National de la Santé est créé comme un établissement Public à caractère Scientifique Technologique, par ordonnance du Président de la République en Septembre 2000! [45]. Il est doté des moyens technologiques nécessaires à l'analyse des stupéfiants. Il est chargé, entre autres, d'analyser et expertiser les échantillons de substances illicites à la demande des structures d'application de la loi (Police et Justice).

XI. 2. Organisations Non-Gouvernementales

XI. 2. 1. Kéné Dougou Solidarité

L'association Kéné Dougou Solidarité [46], créée en avril 1998, est spécialisée dans la promotion du dépistage volontaire et la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA et le travail de proximité, (outreach), auprès des usagers de drogues injectables difficiles à atteindre.

Elle intervient dans la région de Sikasso dans deux localités :

La capitale régionale Sikasso à travers un centre de conseil dépistage et de prise en charge globale des PVVIH dénommé CERKES (centre de référence Kéné Dougou Solidarité). Le centre offre des services de : prévention, dépistage, consultations, soins médicaux, accompagnement psychosocial. Il dispose d'une pharmacie communautaire délivrant des ARV et des médicaments contre les infections opportunistes.

Le cercle de Koutiala, (160 Km de Sikasso), où elle gère deux unités : un Cercle situé en dehors de l'hôpital ainsi qu'une USAC (unité de soins d'accompagnement et de conseil) intégrée au centre de santé de référence.

L'association emploie une cinquantaine de salariés. Elle bénéficie de l'appui financier du Ministère de la Santé, du Ministère français de la Coopération, du GIP/ESTHER, Sidaction, Solidarité Sida, de la Coopération suisse, du Fonds mondial à travers le Haut Conseil national de Lutte Contre le Sida et ARCAD/SIDA, de la Fondation de France ; USAID et de l'association Française APOTHICOM.

XI. 2. 2. Samu Social

Le Samusocial Mali est une ONG de droit malien créée le 1^{er} mars 2001, régie par l'accord-cadre n°0436/001594 signé avec le Gouvernement en 2008 [22].

Le Samusocial Mali est placé sous la tutelle technique du Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille et travaille en étroite collaboration avec ses services techniques.

L'association a pour mission d'intervenir auprès des enfants et jeunes vulnérables en situation de rue à Bamako. L'équipe apporte une assistance médicale, psychosociale et éducative.

L'intervention repose sur une approche mobile au moyen de tournées nocturnes quotidiennes appelées « maraudes ». Deux tournées dans la semaine, effectuées par une équipe féminine, sont spécifiquement dédiées aux jeunes filles de la rue. Le jour, les mêmes équipes effectuent le suivi des enfants nécessitant une prise en charge particulière, médicale, psychologique et sociale ainsi que les démarches autour de l'identification des nouveaux enfants, de resocialisation des enfants et des jeunes, du renouement des liens familiaux et sociaux et des interventions de médiation familiale.

D'octobre 2001, à la date du 31 décembre 2015, 3344 enfants et jeunes ont été identifiés et suivis par la structure.

En 2015, une équipe de 19 permanents a assuré la mise en œuvre des activités de l'association, appuyée par un médecin psychiatre, vacataire.

L'association bénéficie, directement ou via le Samusocial International, du soutien financier de l'Union Européenne ; l'UNICEF; la Coopération Internationale de Monaco ; l'Agence Française de Développement ; ECPAT Luxembourg ainsi que de nombreuses fondations privées.

XI. 2. 3. ARCAD-SIDA

L'Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à Domicile des personnes Vivant avec le VIH [38] est une association communautaire de lutte contre le VIH et le Sida qui a été créée en 1994. Elle assure une prise en charge globale médicale, psychologique et, sociale et économique des personnes infectées et affectées par le VIH/sida notamment les enfants.

Egalement elle intervient auprès des deux populations vulnérables des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et des travailleuses du sexe par le biais des équipes nocturnes et diurnes, mobiles et fixes qui offrent des services adaptés à ces populations.

L'association dispose de 16 sites de prise en charge qui sont répartis entre le District de Bamako et 6 régions du pays. L'association gère deux unités de santé sexuelle, un centre de formation et une cellule AGR (Activités génératrices des revenus).

Récemment, 2015, elle a conduit une étude auprès des usagers de drogues injectables dans le district de Bamako.

Au cours de l'année 2014 le nombre de patients régulièrement suivis sur les sites étaient de 23426 dont 15429 femmes, 6 390 hommes et 1607 enfants. Le nombre de patients suivis sous ARV était de 15843 dont 10504 femmes 4296 hommes et 1043 enfants.

En 2014 l'association a réalisé sur l'ensemble de ses sites d'intervention: 19324 conseils dépistage ; 96598 consultations médicales ; 2422 sorties pour administrer des soins à domicile à 1731 patients dont 1229 suivis sous ARV ; 11000 actes de soins au sein des unités de l'hôpital du jour ; 28749 bilans biologiques dont 8565 bilans préthérapeutiques et 20184 bilans de suivi ; 3259 inclusions sous ARV dont 2 002 femmes, 947 hommes et 310 enfants ; 479 hospitalisations des patients. Durant la même période de référence 758 patients naïfs ont participé aux séances individuelles d'initiation sous ARV dont 484 femmes et 274 hommes ; 2170 patients dont 1554 femmes et 616 hommes ont bénéficié de sessions de groupe en 526 séances.

L'association est soutenue financièrement par des nombreux organismes nationaux et internationaux dont le Fonds Mondial ; Sidaction ; AIDES ; le CDC-Atlanta ; Le GIP-ESTHER et l'association ENDA.

XI. 2. 4. ASDAP

L'Association de Soutien au Développement des Activités de Population [35] fut créée en septembre 1993 suivant l'Accord-Cadre n° 000333/0424. Elle a pour mission de promouvoir une meilleure qualité de vie pour les communautés notamment les groupes vulnérables. Ses domaines d'intervention prioritaires sont : la survie de l'Enfant ; la planification familiale ; la santé sexuelle et reproductive des adultes jeunes ; la promotion de l'abandon des mutilations génitales féminines ; la prévention et prise en charge du VIH/SIDA et des IST ; la nutrition ; la sécurité alimentaire ; la promotion/protection des droits des enfants ; des jeunes et des femmes et le renforcement du système de Santé.

L'association gère plusieurs projets dont les plus importants sont [47] :

Formation d'éducateurs-pairs, issus des différents secteurs et segments de la population: scolaire, non scolaire, urbain, rural ; routiers, coxeurs, vendeuses ambulantes ; coiffeurs (garçons et filles), sur : santé, reproduction, nutrition, planification familiale et paludisme ;

Une unité de soins et de conseil basée à Bamako dans laquelle une équipe médico-psychologique assure le dépistage volontaire, anonyme et gratuit du VIH, le traitement des Infections Sexuellement Transmissibles, des consultations pour le planning familial/contraception, des Conseils et éducation sur la sexualité et prise en charge psychologique ;

Un Centre multifonctionnel de détente, de loisirs, de formation et d'informations avec accès à internet, cours d'informatique et activités sportives ;

Prévention et prise en charge du VIH et du SIDA en milieu Carcéral ;

Amélioration de la santé de la reproduction et la promotion des droits des femmes et de filles dans la région de Ségou ;

Promotion de l'abandon des mutilations génitales féminines dans les Régions Koulikoro et Sikasso.

L'association est soutenue financièrement par des nombreux partenaires internationaux et nationaux dont les plus importants sont : Union Européenne, UNICEF ; Union Africaine ; université de Cornell des USA ; BØRNEfonden ; USAID, PAYS BAS ; CDC d'Atlanta ;

OXFAM ; ONE World UK ; Ministère de la santé et de l'hygiène publique et Ministère de l'Economie numérique, de l'Information et de la Communication [35].

XI. 2. 5. AJLT-DAO

Association des Jeunes pour la lutte Contre le Terrorisme, la Drogue, et le Trafic des Personnes en Afrique de L'Ouest est créée en 2011, (Récépissé N°976/G-DB).

L'objectif principal de l'association est de sensibiliser les citoyens sur la drogue et sur le terrorisme.

L'association a déjà réalisé un projet de sensibilisation de 150 apprentis chauffeurs sur leurs lieux du travail à Bamako dénommé « Café sans drogue ». Le projet vise à prévenir l'abus des médicaments psychotropes chez cette population précarisée (AJLT-DAO 2015).

L'association ne dispose pas du personnel salarié. Elle fonctionne grâce à l'investissement de ses membres volontaires bénévoles (27 membres actifs).

XI. 2. 6. ARRVD

L'Association pour la Récupération et la Réinsertion des Victimes de la Drogue est créée en 1996 par un administrateur civil actuellement à la retraite pour aider les usagers des drogues du quartier *Bagadadji*, (lieu de de vente et de consommation d'héroïne et du crack), à arrêter leur consommation. Pour y parvenir les membres de l'association mènent deux actions simultanées :

- organiser des rencontres, individuelles et en groupe, avec les usagers ;
- travailler avec la famille de l'utilisateur de drogues pour l'accompagner dans sa démarche de sevrage et d'abstinence.

Au cours de l'année 2015 l'association a pu travailler avec une trentaine d'utilisateurs (23 hommes et 9 femmes) et sept familles.

L'association n'a aucun financement. Elle mène ses activités grâce aux cotisations de ses 13 membres et leur investissement volontaire bénévole dans les activités de l'association,

XII. APERCU DES ÉTUDES RECENTES

XII. 1. Jeunes face au VIH/sida en milieu universitaire 2014

Etude transversale descriptive sur les connaissances, attitudes et pratiques ainsi que les comportements des jeunes universitaires face au risque d'infection par les IST/VIH/sida. Elle vise à évaluer les résultats des actions de proximités dans le domaine de la prévention des IST/VIH auprès d'un échantillon représentatif des jeunes de l'université de Bamako [19].

L'étude s'est déroulée dans huit facultés: Faculté des sciences et techniques (FST) ; Institut des sciences appliquées (ISA) ; Faculté des sciences économiques et de gestion (FSEG) ; Faculté des sciences économiques et de gestion (FSEG) ; Faculté des lettres, des langues et des sciences du langage (FLLSL) ; Faculté des sciences humaines et des sciences de l'éducation (FSHSE) ; Faculté de droit privé (FDPRI) et faculté de droit public (FDPU).

L'échantillon retenu est de 1330 individus avec un taux respectif de confiance à 99% et une marge d'erreur de 3.5%.

RÉSULTATS

- 65% ont des rapports sexuels. Plus de la moitié (51,2%) des étudiants qui ont eu des rapports sexuels, les a pratiqués avec deux ou plusieurs partenaires. Les étudiants de sexe masculin sont plus concernés par ces pratiques. La proportion d'étudiants ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire non régulier au cours des 12 derniers mois est de 71,2%.
- 42,8% des étudiants déclarent utiliser des préservatifs lors des rapports sexuels ; 52,1% ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non régulier dans les 12 derniers mois précédant l'enquête ; ces rapports sexuels sont protégés dans 53,1%.
- Les pratiques de relations avec les personnes à risque (professionnel (le)s du sexe) sont de 24%. Le port du préservatif lors de ces pratiques n'est retrouvé que chez la moitié des étudiants (53%).
- Un étudiant sur dix déclare consommer de la drogue (9,1%) plus particulièrement de sexe masculin. Parmi eux, près d'un tiers, (32%), consomme des drogues dures.
- Un peu plus de la moitié, (52%), des consommateurs de drogues injectables déclarent utiliser un matériel à usage unique.
- Huit consommateurs qui font usage de seringue réutilisable sur dix, (81%), partagent leur matériel.
- Près de deux tiers des consommateurs de drogues injectables ne se protègent pas lors de leurs rapports sexuels.
- Une petite minorité, (6,8%), a une connaissance parfaite sur la transmission et les moyens de protection du VIH/sida.

XII. 2. Nous venons tous d'une maison

L'étude a été réalisée sur le « terrain » d'intervention du Samusocial Mali pendant 16 mois, dont 7 exclusivement consacrés à la recherche sur le terrain. Elle est axée sur la question des raisons d'arrivée en rue [20].

Elle est basée sur les données quantitatives issues de deux sources :

- La base de données (BDD) du Samusocial Mali notamment les variables relatifs aux caractéristiques socio- démographiques des enfants rencontrés ;
- L'analyse de 100 questionnaires sur la perception des Bamakois des enfants des rues.

Les données qualitatives ont été collectées en faisant recours aux groupes focaux et aux entretiens individuels auprès des enfants des rues.

La définition retenue de l'enfant de la rue est celle de l'article 60 du Code malien de protection de l'enfant « *Est considéré comme " enfant de la rue " tout mineur, résident urbain, âgé de moins de 18 ans, qui passe tout son temps dans la rue, travaillant ou pas, et qui entretient peu ou pas de rapports avec ses parents, tuteur ou la personne chargée de sa garde ou de sa protection. La rue demeure le cadre exclusif et permanent de vie de cet enfant et la source de ses moyens d'existence. La rue signifie un endroit quelconque autre qu'une famille ou une institution d'accueil, tels les édifices publics ou privés comprenant bâtiments, cours, trottoirs.»*

RÉSULTATS

- 86% des enfants sont maliens ; les autres viennent de pays de la sous-région d'Afrique de l'Ouest limitrophes du Mali notamment le Burkina Faso.
- Sur les 1725 enfants pris en charge par le Samusocial Mali entre 2001 et 2009, 1342 sont des garçons et 383 sont des filles.
- Les enfants de 10-14 ans représentent 54% ; les jeunes de 15-18 ans représentent 40% et les jeunes majeurs, (19-25 ans), représentent 2%.
- Pour subvenir à leurs besoins, 67% d'entre eux déclarent mendier. 48% des filles se prostituent.
- 30% évoquent le problème du conflit avec la famille, 21% un conflit avec le maître coranique et 20% des raisons économiques comme raison principale de leurs situations.

XII. 3. Les jeunes face au VIH-sida

L'étude a pour objectif de mieux documenter les contextes de prises de risques et les facteurs de vulnérabilité face au VIH dont l'usage des drogues. Elle a été menée dans le district de Bamako et quatre régions : Sikasso, Kayes ; Gao et Mopti. [13]

La méthode utilisée est qualitative. Elle comporte trois volets :

- Cartographie : il a été demandé aux groupes des jeunes âgés de 15 à 19 ans de dresser une liste des différents endroits, dans leur quartier ou leur ville, où il était possible de trouver de la drogue. Les drogues étaient divisées en *drogues dures* : héroïne, cocaïne ; *drogues modérées* : amphétamines et *drogues douces* : (marijuana, chanvre indien, etc.). Un tableau a ensuite été rempli avec des informations concernant les drogues disponibles, leur prix, qui les vendait et qui les achetait. L'accent a particulièrement été mis sur l'administration des drogues et sur la question du partage des seringues ;
- Groupes d'étude ;
- Interviews en profondeur.

RÉSULTATS

L'étude documente assez précisément des sites de deal et de consommation de drogues ainsi que la nature des produits consommés ; leurs noms de rue ainsi que le prix de chaque drogue au niveau de la vente au consommateur et montraient l'existence de pratiques d'injection à Bamako et Sikasso.

XII. 4. Consommateurs de drogues injectables à Bamako: Profil, pratiques à risques, prévalence des virus infectieux, accès aux soins [16]

L'étude RDS réalisée du 3 au 30 mars 2015 à Bamako sur un échantillon 500 usagers des drogues injectables. La méthode utilisée est celle dite RDS⁸.

RESULTATS

- L'âge médian de l'échantillon est 27 ans, en majorité des hommes (98,2%) vivent seuls (80%) et sont en majorité sans instruction ou avec un niveau primaire. Mais ils disposent d'un logement, même si celui-ci est le plus souvent au sein de la famille, et travaillent dans les secteurs formels et informels (plus de 8 sur 10). 30% ont été incarcérés au cours de leur vie.
- La presque totalité, (98,4%), consomme de l'héroïne ;
- L'injection est un mode très minoritaire, avec 7,8% d'injecteurs au cours de la vie et 4,8% d'injecteurs actifs.
- Les rares injecteurs ont des pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC, avec 34,8% qui réutilisent leurs seringues et 26,1% qui partagent leurs seringues.
- Ils sont majoritairement sexuellement actifs (84,2%), dont plus de la moitié est multipartenaires ; parmi ces derniers, seuls 34% utilisent un préservatif.
- 12,6% (57 hommes et 6 femmes) offrent des prestations sexuelles tarifées en argent ou en nature (dont des drogues) et un tiers des hommes a recours à ces prestations.
- La prévalence moyenne du VIH est de 2%. Elle est de 5,1% chez les injecteurs, soit trois fois plus élevée que chez les non injecteurs. La prévalence est élevée dans des sous-populations caractérisées par des facteurs de vulnérabilité : femmes professionnelles du sexe (20%), apprentis sotrama (4,7%) ou ceux ayant été incarcérés (3%). La prévalence des hépatites virales est de 3% pour le VHC et de 15% pour le VHB.
- L'accès aux soins est très limité, qu'il s'agisse des problèmes de santé en général ou des soins spécialisés dans les addictions. Seuls 6% ont fait une cure de désintoxication qui s'est terminée par un échec.

⁸ Respondent Driven Sampling

XIII. LISTE DES PERSONNES CLÉS RENCONTRÉES

Nom, prénom	Organisation	Fonction	Adresse e-mail	Téléphone
Lt-Colonel TOUNKARA Adama	Office Central des Stupéfiants	Directeur	adtoukara72@yahoo.fr	+223 20220104 +223 77331914
M. KANOUTE Mohamed	Office Central des Stupéfiants	Chef Division Communication et Relations Publiques	kanoutemohamedsadiomady@gmail.com	+223 65658522 +223 76911348
M. SOUMARE Amidou	Office Central des Stupéfiants	Chef Division Planification et Etudes	amidou_soumare@yahoo.fr	+223 71005100
M. FOMBA Fatona	Brigade des Stupéfiants	Directeur adjoint	fombafatona@yahoo.fr	+223 7447722
M. COULIBALY Daba	Brigade des Stupéfiants	Inspecteur Divisionnaire	Dabacoulibaly469@yahoo.fr	+223 79284264
Pr. TOGORA Arouna	CHU Point G	Chef de service de Psychiatrie	togoraruna@yahoo.fr	+223 76415360 +223 78646214
Pr. KOUMARE Baba	Retraité	Ancien Chef de service de Psychiatrie	babakoumare@hotmail.com	+223 66763001 +223 2227424
Dr. COLIBALY Soulemane	service de Psychiatrie Point G	Psychiatre	neibap@hotmail.fr	+223 66203444
M. DEMBLE Sina	Ministère de la Jeunesse	Directeur National Adjoint de la Jeunesse	snougaly@yahoo.fr	+223 66762644 +223 76131311 +223 20210912
Dr. NAZOUN Diara	Programme des maladies non-transmissibles	Chef du programme	dnazoun@yahoo.fr	+223 66781947
Pr. KOUMARE Benoît Yaranga	Laboratoire National de la Santé	Directeur général	bkoumare@yahoo.fr	+223 66759475 +223 20224770
Dr. TRAORE Bouyagui	CSLS	Coordinateur	bouyaguitraore@sante.gov.ml	+223 76019801 +223 66814911
Dr. DEMBELE Bintou Keita	ARCAD-SIDA	Directrice Exécutive	arcadsida@arcadsida.org	+223 20237259 +223 66749896
Dr BORE Djibril	ARCAD-SIDA	Médecin	boredjibril@gmail.com	+223 76376511
Dr. TRAORE Ousmane	ASDAP	Directeur Exécutif	ousmane.traore@asdapmali.org	+223 20202769 +223 73960000
Dr. TRAORE Boubacar	ASDAP	Chef du département Planification	boubacar.traore@asdapmali.org	+223 20202769 +223 66788353
Dr. POIRIER Thérèse	ONUSIDA	Directrice	PoirierT@unaids.org	+223 20236167 +223 91105750
Dr. DIALLO Bassirou	ONUSIDA	Conseiller en Mobilisation Communautaire	diallob@unaids.org	+223 20236168 +223 66743074
Mme TRAORE Alimata	UNODC	Coordinatrice Mali	alimata.traore@unodc.org	+223 75999788
M. COULIBALY Alou	Samu Social	Directeur	Alouballa86@yahoo.fr	+223 20219710 +223 79188823
M. SINGARE Djibril	ARRVD	Président		+223 74521441 +223 68533299
Colonel MAIGA Abdoulaye	Administration Pénitentiaire		maigabdoulaye2003@hotmail.fr	
M. DIAKIT Daouda	Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA	Chef Département Planification Suivi/Evaluation	dydiakite@sehcns.ml	+223 66780208 +223 73018020
Dr. LY DIENE BE	Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA	Chef Département Santé	lydienebe@sehcns.ml	+223 76285181
Dr. SHAHUL Ebrahim	United States Embassy	Program Director C.D.C. Mali	sbe2@cdc.gov	+404 9440833

M. TRAORE Mamadou	United States Embassy	Conseiller C.D.C.	hpi6@cdc.gov	+223 76134202
M. ABDOUL Karim	Pôle Spécialisé Stupéfiant	Substitut du procureur		+223 66733713
M. TRAORE Cheick	KénéDougou Solidarité	Coordinateur Programme UDI	cheicklaico@yahoo.fr	+223 21621 33 +223 66629714
M. YATTASSAYE amdou	Association AJLT-DAO	Président	mamadouyattassaye2003@yahoo.fr	+223 20225244 +223 66669671
Dr. DEMBELE Nagazanga	Direction de de la pharmacie et du médicament	Pharmacien	demnag@yahoo.fr	+223 65500726
Dr. MAÏGA Mohamadou	Direction de la pharmacie et du médicament	Pharmacien	mohamadmaiga@yahoo.fr	+223 65502505
Mme CISSE Marietou	Ministère Education Nationale	Responsable Santé Scolaire	cisse_marietoutoure@yahoo.fr	+223 76323365

XIV. BIBLIOGRAPHIE

1. Maalouf Wadih, *Preliminary Assessment Report on Drug Demand Situation and Responses*, LIBERIA, 2012, UNODC. p. 31.
2. WHO, *ATLAS of Substance Use Disorders. Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders (SUD). Country Profile: MALI*, 2010.
3. USAID, *The development response to drug trafficking in africa: A programming guide*, 2013, US Aid. p. 56.
4. Loi N°01-_078/AN-RM DU 18 Juillet 2001 portant sur le contrôle des drogues et des précurseurs, 2001: Bamako. p. 32.
5. Aning, K. and J. Pokoo, *Understanding the nature and threats of drug trafficking to national and regional security in West Africa. Stability International Journal of Security and Development.* , 2014. 3(1), : p. 8.
6. Lieutenant Colonel Oumar Diarra, *Insecurity and Instability in the Sahel Region: The Case of Mali*, 2012, United States Army War College. p. 26.
7. Office Central des Stupéfiants, Rapport d'activité. 2015 p. 8.
8. Office Central des Stupéfiants, Rapport d'activité 2014. p. 24.
9. United States Department of State, *Narcotics Control Strategy Report 2013*. p. 437.
10. HYDE Gary, *Evaluation of operational capacity, training and equipment needs of entities involved in the fight against transnational drug trafficking in Mali, 7-11 March 2016*, UNODC. p. 8.
11. Anonyme, *La toxicomanie au Mali: Etat des lieux*, 1997. p. 19.
12. Enquête épidémiologique sur la toxicomanie au Mali 1989-1990, in *1er Séminaire sur l'abus de drogue et d'alcool, Bamako, Mali, 1994*.
13. Sarah Castle, *Consommation de drogue*, in *Analyse de la situation des jeunes et VIH /sida. 2008*, Programme National VIH/sida UNICEF, UNFPA, UNAIDS. p. 286-315.
14. Anderson Christina, *The power of drug money in Mali*, 2015, Christian Aid p. 17.
15. Olivier Maguet and Bilel Mahjoubi, *Rapport de mission : Diagnostic du contexte et des pratiques des Usagers de Drogues Injectables au Mali 2014*, ARCAD-SIDA Mali. p. 41.
16. ARCAD-Sida Mali, *Consommateurs de drogues injectables à Bamako: Profil, pratiques à risques, prévalence des virus infectieux, accès aux soins*. Rapport d'enquête RDS, 2015, ARCAD-Sida p. 47.
17. Olivier Maguet and Bilel Mahjoubi, *Rapport de mission Diagnostic du contexte et des pratiques des Usagers de Drogues Injectables au Mali février 2015*. ARCAD-SIDA Mali. p. 43.

18. INCB, International narcotics control board report, 2012. p. 146.
19. Sankaria Maïga and Soumaïla Sagara, Les jeunes face au VIH/sida en milieu universitaire a Bamako, résultats préliminaires, 2014, Ministère de la Jeunesse et la Construction. p. 19.
20. Samusocial International and Samusocial Mali, « Nous venons tous d'une maison ». Etude à propos des enfants et jeunes de la rue à Bamako. décembre 2010, Samusocial Mali. p. 126.
21. Bénédicte de La Taille, L'action Sociale et la ville Géographie de l'assistance aux enfants des rues ; le cas de Bamako, Mali, 2008, Université Paris I Panthéon Sorbonne, Master de Géographie. p. 157.
22. Samusocial Mali, Rapport d'activités 2015 p. 44.
23. Toufik Abdalla, Base de données du Samu Social Bamako 2001-2015, 2016.
24. Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA, Modes de transmission du VIH «Analyse de la distribution des nouvelles infections par le VIH au Mali», 2015, HCNLS. p. 35.
25. Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA, Note conceptuelle unique pour la Tuberculose et le VIH. 2016. p. 71.
26. Facy Françoise and Delile Jean-Michel. Toxicomanes Pris en charge en Afrique: Enquête Epidémiologique, Résultats provisoires. 1990.
27. Décret portant organisation de l'exercice privé des professions sanitaires, in Décret N° 91-106/P-RM
28. Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA, Cadre Stratégique National de Lutte Contre le VIH et le Sida (CSN 2013 - 2017), 2014. p. 87.
29. Direction de la pédagogie du Ministère de l'Education nationale, Proposition de fiche de leçon, enseignement fondamental, deuxième cycle. , 2014. p. 7.
30. Direction Nationale de la Jeunesse, Plan d'action quinquennal 2013-2017 du ministère de la jeunesse et des sports en matière de lutte contre la drogue, 2012. p. 3.
31. AJLT-DAO, Formation des chefs et apprentis dans le milieu informel : Garage sans sida et sans Ebola, 2015. p. 7.
32. Kéné Dougou Solidarité, Rapport intermédiaire des activités du projet: « Réduire les risques d'infection IST/VIH/SIDA/VHC auprès des UDI à Sikasso ». Période : Janvier -Juin 2015. p. 9.
33. Kéné Dougou Solidarité, Rapport intermédiaire des activités du projet: « Réduire les risques d'infection IST/VIH/SIDA/VHC auprès des UDI à Sikasso ». Période : Juillet- Décembre 2015. p. 8.
34. Administration pénitentiaire, Données fournies par la direction de l'Administration Pénitentiaire relatives à la situation de l'année 2015 2016.

35. ASDAP, Rapport technique & financier 2014, 2014. p. 28.
36. ASDAP, Raport d'activités 2015, 2015.
37. ARCAD-Sida Mali, Population carcérale et VIH, Rapport final d'activités, 2012.
38. ARCAD-Sida Mali, Rapport annuel d'activités 2014. 2014: p. 63.
39. Décret N°2015 — 03 9 9 /P-RM DU 4 JUIN 2015 portant création, attributions, composition et modalités de fonctionnement de la Mission Interministérielle de coordination de La Lutte contre La Drogue, 2015 p. 5.
40. Arrêté N°2016 MSPC-SG fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement du Secrétariat permanent de la Mission Interministérielle de coordination de la Lutte contre la Drogue. , 2016. p. 6.
41. Décret N°10– 212 /P-RM DU 13 Avril 2010 portant création et organisation de l'Office Central des Stupéfiants, 2010. p. 5.
42. Office Central des Stupéfiants, Note sur l'Office Central des Stupéfiants (OCS), 2013. p. 11.
43. Décret fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la direction de la pharmacie et du médicaments, in Décret N° 2011- 735/P-RM du 17 NOV 20112011.
44. DECISION N° 05-MS-SG portant création du comité sectoriel de lutte contre le VIH/sida du Ministère de la Santé, 2005.
45. Premier Ministre, Ordonnance portant création du Laboratoire National de la Santé, 2000.
46. Kéné Dougou Solidarité, Présentation de l'association Kéné Dougou Solidarité, 2015 p. 5.
47. ASDAP, Présentation de l'ONG ASDAP.

