



COALITION  
**PLUS**

## FICHE DE CAPITALISATION

# Réduire les risques : Collectif Urgence Toxida (CUT) et l'innovation communautaire à l'Île Maurice

## RÉSUMÉ

Le programme aiguilles-seringues, mené par CUT, vise à réduire la transmission du VIH parmi les usagers·ères de drogues par injection à l'île Maurice grâce à une approche communautaire. Cette capitalisation explore les stratégies utilisées, les leçons apprises et les résultats obtenus, tout en mettant en avant les défis liés à la stigmatisation et au financement. L'objectif est de documenter les bonnes pratiques afin de renforcer l'efficacité du programme, mis en œuvre depuis près de 20 ans, et inspirer des interventions similaires.

# PRÉSENTATION DE L'INTERVENTION

## Présentation de la structure

Le Collectif Urgence Toxida (CUT)<sup>1</sup> a mis en place un programme d'échange de seringues à l'île Maurice, en ligne avec son engagement en faveur de la réduction des risques liés à l'usage de drogues et du respect des droits des personnes qui en consomment. Ce programme – introduit en 2006 – est essentiel à ses activités, CUT œuvrant principalement auprès des personnes qui s'injectent des drogues.

La structure intervient sur plusieurs axes liés à la réduction des risques, notamment à travers des formations sur des thématiques telles que la prévention du VIH, la gestion des overdoses et les principes de la réduction des risques. Ses interventions incluent le recours à des pairs éducateurs·rices, des membres de la communauté ayant une expérience directe ou proche de la consommation de drogues. Ces pairs jouent un rôle clé, car ils·elles comprennent mieux les problématiques rencontrées et sont en mesure d'atteindre efficacement les populations cachées.

CUT mène de nombreuses campagnes de sensibilisation pour informer son public cible et la population générale sur les services de réduction des risques et les besoins des communautés concernées. Le plaidoyer est un autre volet important de son travail. CUT participe ainsi activement à des comités nationaux, tels que ceux mis en place par l'Unité de réduction des risques à Maurice (*Harm Reduction Unit*)<sup>2</sup>, où l'ONG contribue à la coordination des programmes de réduction des risques et de réhabilitation.

Enfin, CUT mène un programme communautaire axé sur les femmes partenaires de personnes qui s'injectent des drogues. Lancé en 2023, ce programme accompagne actuellement 30 femmes et répond à des besoins spécifiques, souvent négligés dans les approches traditionnelles.

<sup>1</sup> CUT

<sup>2</sup> La Harm Reduction Unit rattaché au ministère de la santé, vise à freiner l'épidémie de VIH chez les usagers de drogues et à promouvoir des politiques durables axées sur la santé, les droits humains, et la sécurité. Ses principaux services incluent l'échange de seringues, la substitution à la méthadone, la prévention, la sensibilisation, la réhabilitation et le soutien psychosocial.

# CONTEXTE

## Contexte épidémiologique

Maurice présente une épidémie de VIH concentrée, avec une incidence de 1,5 % en 2023 et une prévalence élevée parmi les populations clés (Ministry of Health and Wellness, 2023)<sup>3</sup>, ce qui les maintient comme prioritaires dans la riposte nationale. Fin 2023, on dénombrait quelque 13 000 personnes vivant avec le VIH à Maurice (Spectrum ONUSIDA, 2024).

La dernière enquête biologique et comportementale intégrée sur les personnes qui utilisent des drogues par injection (Ministry of Health and Wellness, 2020) à Maurice remonte à 2020. Elle situe la prévalence du VIH chez cette population à 21 %. Depuis 2002, l'usage de drogues par injection était « le principal moteur de l'épidémie VIH » (Ministry of Health and Wellness, 2021). Cette dynamique a changé depuis 2019, la transmission par voie hétérosexuelle dominant désormais les nouveaux cas VIH diagnostiqués (Ministry of Health and Wellness, 2023).

La prévalence de l'hépatite C demeure toutefois très élevée parmi les personnes usagers·ères de drogues par injection, atteignant 89 % chez les hommes et 88% chez les femmes (IBBS PUDI 2020, Ministry of Health and Wellness.).

La majorité des décès liés au VIH enregistrés à Maurice concerne les personnes qui s'injectent des drogues, co-infectées par le VIH et le VHC (2021 IBBS MSM)

Maurice comptait 6 600 usagers·ères actif·ves de drogues par injection à fin 2020, soit 84 % d'hommes, 15 % de femmes et 1 % de personnes transgenres (Ministry of Health and Wellness, 2020). L'héroïne est le produit le plus consommé.

Quelque 37 % des personnes qui s'injectaient des drogues en 2020 étaient inscrites au programme aiguilles-seringues ; les bénéficiaires sont, dans leur grande majorité, des hommes (IBBS PUDI 2020, Ministry of Health and Wellness.).

Pour ce qui est du partage de seringues, 53 % des répondants·es ont déclaré avoir déjà partagé au moins une seringue. IBBS PUDI 2020, Ministry of Health and Wellness.

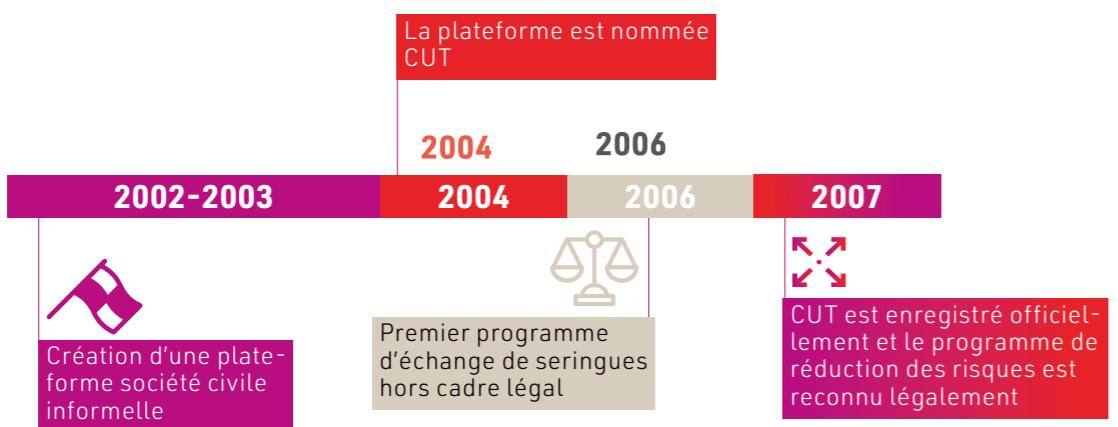




## Objectifs

L'objectif principal du programme d'échange de seringues de CUT était de réduire la transmission du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang comme l'hépatite C, tout en offrant un cadre de santé respectueux des droits des usagers·ères de drogues. La mise en œuvre au niveau communautaire vise spécifiquement à atteindre les populations cachées, souvent marginalisées et difficilement accessibles, afin d'assurer un accès équitable aux services de réduction des risques.

## Calendrier



# PRINCIPAUX ÉLÉMENTS SAILLANTS

## Point de départ / Émergence du projet

Une forte progression du VIH est observée à Maurice au début des années 2000, principalement alimentée par l'usage de drogues par injection. La problématique initiale résidait dans le fait que les personnes qui s'injectent des drogues étaient marginalisées et exposées à un risque élevé de transmission du VIH, principalement à cause du partage de seringues. CUT a rapidement reconnu qu'il était crucial d'instaurer un **cadre légal** permettant la distribution de matériel stérile pour remédier à cette situation à une période où la compréhension des mécanismes de transmission du VIH et des groupes à risque restait limitée.

Un aspect fondamental de l'approche de CUT est **le respect des droits et la compréhension des réalités des personnes usagères de drogues**. En s'appuyant sur des données probantes, la structure s'est engagée en faveur de la réduction des risques, de l'accès aux soins et de la protection contre les risques sanitaires, sans que cela soit conditionné à l'arrêt de l'usage de substances. La structure s'inscrivait ainsi en opposition à certaines tendances dans le domaine de la santé de l'époque prônant l'arrêt absolu de la consommation.

Au début des années 2000, devant leur constat que le partage des seringues chez les usagers·ères de drogues par injection contribue à la propagation des maladies par voie sanguine à l'île Maurice, les acteurs·rices de terrain ont reconnu la nécessité de répondre à cette problématique. En 1996, avec la création de l'association PILS (Prévention Information et Lutte contre le Sida), la question du VIH chez les usagers·ères de drogues a pris de l'ampleur. Il n'y avait alors pas encore de traitement contre le VIH à Maurice. En 2002, le lien entre la transmission du VIH et l'usage de drogues par injection est clairement établi, notamment dans les prisons.

Grâce à une couverture médiatique croissante en 2002, notamment par le biais de témoignages de personnes s'injectant des drogues, le sujet est devenu une priorité. En conséquence, des activistes pour les droits humains se sont réunis·es pour plaider en faveur de **la mise en place de stratégies de réduction des risques**. D'abord une plate-forme informelle, elle est officiellement nommée Collectif Urgence Toxida (CUT) en 2004 et regroupe des ONG et des individus engagés·es dans l'accompagnement des usagers·ères de drogues.

Cependant, la répression liée à la vente et à la possession de seringues, qui étaient illégales, a constitué un obstacle majeur. Les usagers·ères de drogues n'avaient pas accès à des seringues stériles. De nombreux·ses usagers·ères utilisaient les seringues pendant un mois, voire davantage, parfois en étant plusieurs à se les partager. La peur d'être criminalisés·es l'emportait sur les risques sanitaires.

*Il y a aussi cet aspect de respect des droits : comprendre qu'il y a des gens qui sont prêts à arrêter et d'autres qui ne sont pas. Il y a aussi des gens qui ne veulent pas arrêter, mais cela ne signifie pas qu'ils méritent de contracter une maladie pour la vie.*

**Jamie Cartick, directrice de CUT**

En 2005, les efforts de plaidoyer se sont intensifiés avec l'intervention de spécialistes internationaux qui ont souligné l'urgence de la situation et appuyé CUT dans son appel pour l'introduction de pratiques de réduction des risques. Ainsi, en 2006, CUT a lancé son premier programme d'échange de seringues, qui était illégal mais mis en place avec l'accord informel des autorités. La communauté du village de Baie-du-Tombeau a été choisie comme site pilote en raison de la concentration élevée de cas de VIH et de consommation de drogues dans cette région.

En 2007, CUT est officiellement enregistré en tant qu'ONG, marquant ainsi la reconnaissance légale du programme de réduction des risques. L'État en devient un acteur l'année suivante. Ce programme a progressivement évolué vers un cadre juridique, avec le soutien de PILS, permettant à **la république de Maurice de devenir le premier pays africain à mettre en place un programme de réduction des risques.**

“

« Quand en 2006, nous avons mis en place un cadre légal pour les programmes de réduction des risques, Maurice est devenu le premier pays africain à mettre en œuvre un tel programme

”

**Jamie Cartick, directrice de CUT**



## Élaboration du projet

### Partenariats

Les partenariats ont été déterminants dans le développement des initiatives de réduction des risques à Maurice. À la création de CUT, l'association PILS était déjà un acteur clé. Progressivement, d'autres organisations, telle Kinouté (engagée dans la réinsertion des personnes détenues et ex-détenues), ont rejoint l'initiative. Son caractère collectif fut renforcé par l'intégration de représentants·es d'associations au sein de son conseil d'administration.

Aujourd'hui, la réduction des risques à Maurice mobilise un réseau d'une dizaine d'associations, dont trois se concentrent spécifiquement sur ce domaine : CUT, PILS, AILES. Ces structures œuvrent également avec des usagers·ères de drogues par injection, notamment celles et ceux vivant avec le VIH, en leur fournissant un accès aux soins et en soutenant les personnes en situation de précarité.

CUT et ses partenaires travaillent en synergie pour répondre aux besoins spécifiques des populations vulnérables. Chaque organisation apporte une expertise et des stratégies complémentaires, contribuant ainsi à l'efficacité du réseau de réduction des risques à Maurice.

PILS collabore avec d'autres associations, souvent confrontées à des populations croisées, pour répondre aux besoins spécifiques des travailleuses du sexe. AILES agit de manière encore plus ciblée : son action est déployée principalement sur un site fixe, avec des interventions menées dans certaines régions.

Initiée à Maurice en 2013, la campagne mondiale « Soutenir. Ne pas punir » a marqué un tournant en réunissant, chaque année, des associations mauriciennes comme PILS, AILES, et CUT autour du plaidoyer sur la criminalisation des personnes usagères de drogues et leurs droits ainsi que la nécessité de réformer les politiques de drogues. Ces efforts conjoints ont eu un impact significatif, notamment en renforçant la visibilité des problématiques liées à l'usage de drogues et en facilitant le dépistage.

Toutes ces dynamiques au niveau national, ainsi que les frictions entre les acteurs, ont fait comprendre qu'en continuant à agir chacun de son côté, nous n'avancerions pas. Il est devenu clair que sans collaboration, rien ne progresse.

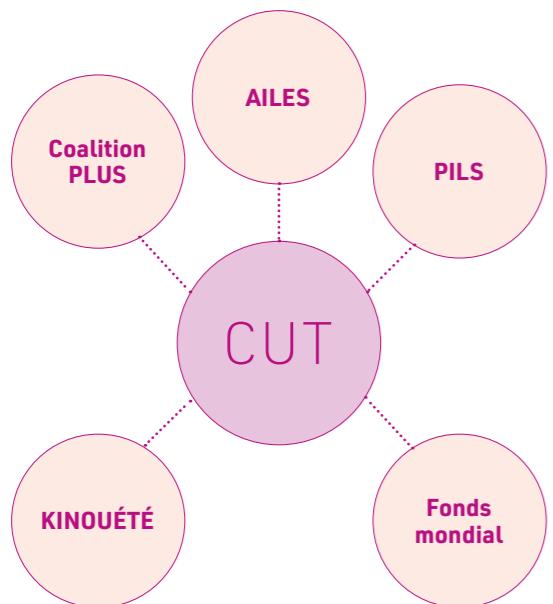
**Jamie Cartick, directrice de CUT**

Les partenariats ont été essentiels pour garantir le financement et la pérennité du programme d'échange de seringues. Lorsque ce dernier est étendu au niveau national par l'État en 2007, les fonds disponibles pour soutenir ce programme étaient très limités. L'arrivée du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2010 a permis de mobiliser des ressources significatives. PILS gérait alors une partie des financements en coordination avec le ministère de la Santé. La collaboration étroite entre ces deux acteurs majeurs a facilité l'accès à ces ressources et permis au programme de progresser et de gagner en légitimité. Il en a été de même pour le financement initial et l'implication de plusieurs associations dès le lancement du programme.

Le partenariat avec le Fonds mondial s'est ainsi révélé être un catalyseur, non seulement pour le financement, mais également pour la reconnaissance internationale des actions menées. Il a contribué à renforcer la confiance dans les associations locales et leur capacité à agir dans des domaines sensibles, tels que la prévention et la réduction des risques.

Aujourd'hui, la collaboration avec des partenaires internationaux comme Coalition PLUS, via la Plateforme Océan Indien (PFOI), illustre le rôle clé des relations établies dans le passé. Ces partenariats ont permis de consolider la crédibilité des associations locales et d'établir des liens

solides avec des instances internationales reconnues. Grâce à ces relations, l'association CUT bénéficie d'une reconnaissance à la fois nationale et internationale dans la lutte contre le VIH.



En somme, non seulement ces partenariats stratégiques ont permis de mobiliser des ressources, mais ils ont également renforcé la visibilité et l'efficacité des actions dans la lutte contre le VIH et la réduction des risques.



## Stratégies de mise en œuvre

Le programme aiguilles-seringues constitue le cœur même des activités de CUT. Diverses stratégies ont été mises en place pour atteindre efficacement les bénéficiaires, établir un lien entre les populations cachées et le système de santé, tout en répondant aux besoins spécifiques des communautés locales.

CUT déploie ses actions à travers plusieurs canaux complémentaires :

1. Les **sites fixes** sont des lieux où le matériel est distribué à des horaires et des jours spécifiques. Ces lieux garantissent une présence régulière et accessible pour les usagers·ères.
2. Le service de distribution **backpack** (par sac à dos) est assuré tôt le matin par des membres de la communauté locale. Les intervenants·es connaissent bien les bénéficiaires et peuvent établir une proximité avec elles et eux en se rendant directement auprès des usagers·ères. Cette approche discrète et flexible est particulièrement efficace pour celles et ceux qui préfèrent éviter les sites fixes pour des raisons de confidentialité ou encore pour les femmes, qui peuvent avoir des contraintes liées à la garde d'enfants ou au travail.
3. La **caravane** mobile intervient principalement en soirée, sur plusieurs sites, dans des zones reculées ou moins densément peuplées. Cette stratégie est conçue pour atteindre des populations spécifiques – elles que les travailleuses du sexe – qui, autrement, n'auraient pas accès aux services.
4. La **Peer Unit** se concentre sur les zones encore plus difficiles d'accès pour les intervenants·es traditionnels·les (lieux isolés, sites d'injection...). Les pairs éducateurs·rices y distribuent du matériel, tout en fournissant un lien vers d'autres services, comme des consultations médicales, au besoin.

“

*Plusieurs fois, quand je n'avais pas de seringues, j'ai dû en chercher dans les poubelles. Une fois, j'ai même marché la nuit pour aller chercher une seringue dans une poubelle de l'hôpital. »*

*« J'ai beaucoup d'amis qui vivent avec le VIH et dont les conjoint(e)s ne le sont pas. Avant, ils lavaient les seringues et se les partageaient à deux. Maintenant, chacun a sa propre seringue. »*

”

Bryan, 40 ans,  
s'injecte depuis l'âge de 28 ans,  
**bénéficiaire du programme aiguilles-seringues depuis 7 ans**

## 5. Intégration dans les programmes de santé

CUT utilise les données collectées sur le terrain ainsi que les retours grâce à ses stratégies pour alimenter son plaidoyer. Ces informations permettent d'identifier les besoins spécifiques des populations et de proposer des améliorations aux politiques de santé publique et aux programmes de réduction des risques. Par exemple, le *conteneur communautaire*<sup>4</sup> joue un rôle complémentaire en offrant des formations et un accès aux soins via des infirmiers·ères présents·es sur le site deux fois par semaine. Cette approche intégrée renforce l'efficacité globale du programme tout en ouvrant la voie à de nouvelles initiatives.

## 6. Transition d'un modèle d'échange à un modèle de distribution

Au début du programme, un nombre de seringues équivalent à celui ramené par le·la bénéficiaire lui était fourni (programme d'échanges de seringues). Ce modèle a cependant créé des obstacles significatifs pour les usagers·ères. D'une part, il ne tenait pas compte des réalités du terrain, notamment les contraintes liées au transport et au stockage des seringues usagées. Par ailleurs, malgré le changement de loi

autorisant la possession de seringues, les usagers·ères étaient sujets·tes à des arrestations injustes, la police affirmant que seules les seringues stériles pouvaient être détenues légalement. Ces contraintes ont incité de nombreux usagers·ères à disposer des seringues usagées n'importe où, par crainte d'être arrêtés·es, créant ainsi des problèmes de santé publique et environnementaux. D'autre part, ce modèle d'échange équivalent limitait l'accès des usagers·ères au matériel stérile, augmentant ainsi le risque d'abcès et de complications médicales.

## 7. Distribution plus inclusive

Au fil des années, le programme a évolué vers un modèle plus inclusif, désormais connu sous le terme anglais de *Needle and Syringe Program* (NSP) / Programme aiguilles-seringues. Ce modèle met l'accent sur la distribution de matériel stérile, sans condition de retour. Cette évolution reflète une meilleure compréhension des besoins des bénéficiaires et réduit les barrières à l'accès.

Des pratiques observées dans d'autres contextes internationaux, comme en Suisse, pourraient être adaptées au contexte mauricien afin de renforcer l'efficacité et la durabilité du programme. Par exemple, l'installation de poubelles spécifiques pour objets tranchants (*sharps disposal bins*) dans les lieux publics encouragerait l'élimination sécurisée de seringues usagées, tout en réduisant leur dispersion dans l'environnement.

## 8. Ramassage de seringues

Le plaidoyer de CUT en faveur de l'installation de poubelles dédiées à l'élimination des seringues (*sharps disposal bins*) n'a pas pu être pris en compte dans le dernier financement du Fonds mondial, en raison des coûts associés et du fait que cette mesure n'était pas considérée comme une priorité.

La stigmatisation envers les personnes qui consomment des drogues demeure un frein à l'acceptation de telles initiatives.

<sup>4</sup> Le **conteneur communautaire** est un service complémentaire qui offre un accès aux soins grâce à la présence d'infirmier·ères. Il permet aux bénéficiaires, souvent confrontés à des blessures liées à l'injection (souvent appelées « bobologie »), de recevoir des soins primaires, de bénéficier de dépistages (VIH, hépatite C, syphilis) et d'être orientés vers des soins hospitaliers. Un suivi personnalisé y est assuré, notamment pour les femmes bénéficiaires.

Pour pallier ces défis, CUT a mis en place un système de ramassage pour gérer les seringues usagées de manière sécurisée. Les pairs éducateurs·rices interviennent dans des endroits stratégiques où ils·elles répondent aux signalements de citoyens·nes concernant du matériel abandonné. L'association distribue des bidons aux usagers·ères dans les zones où des services tels que *backpack* ou caravane sont déployés. CUT les place également dans des lieux comme les maisons abandonnées utilisées comme lieux d'injection. Les seringues collectées sont récupérées par CUT et remises aux autorités sanitaires pour incinération selon les normes.

#### 9. Importance des services communautaires

Une leçon clé tirée du programme est le fait que les services communautaires (dits services à bas seuil ou « *low-threshold* » : sites fixes, *backpack*, caravane) s'avèrent plus efficaces pour atteindre les populations concernées que les services plus institutionnels (*high-threshold*), tels que ceux fournis dans les centres de santé.

Les personnes usagères de drogues ont souvent été confrontées à des expériences de stigmatisation et de discrimination, ce qui les rend réticentes à fréquenter des structures institutionnelles comme les centres de santé. Ces environnements sont souvent perçus comme peu accueillants, même lorsque du matériel d'injection y est disponible. En revanche, les services communautaires se distinguent par leur approche accessible et inclusive, qui ne nécessite ni carte d'identité ni conditions supplémentaires. Ce modèle favorise l'anonymat, essentiel pour instaurer la confiance avec les bénéficiaires et augmenter la participation.

#### 10. Le rôle central de l'emplacement et de l'interaction avec les autorités

Un autre enseignement est l'importance stratégique du lieu où le programme est déployé. Les services communautaires permettent une approche proactive, en se rendant directement auprès des usagers·ères dans leur environnement. En revanche, les services centralisés, exigeant des démarches administratives, sont peu attrayants.

**« Quand on fait le programme d'échange, son lieu, son standard aussi est très important. L'anonymat est très important. »**

De plus, l'interaction avec les autorités joue un rôle crucial. CUT a mis l'accent sur le maintien de relations positives avec les autorités locales pour garantir la pérennité du programme et limiter les obstacles administratifs ou policiers. Par exemple, informer les responsables des horaires et des lieux d'intervention est crucial pour éviter la présence de patrouilles policières dans ces zones qui peuvent dissuader les usagers·ères de se rendre sur les sites pour récupérer du matériel stérile. Ce partenariat avec les institutions publiques est essentiel pour harmoniser les efforts et s'assurer que les besoins des usagers·ères restent au centre des préoccupations.

Aspect	Services communautaires ( <i>Low-threshold</i> )	Services institutionnels ( <i>High-threshold</i> )
Accessibilité	Approche inclusive, les services se déplacent directement vers les usagers·ères ( <i>backpack</i> , caravane, sites fixes).	Nécessite que les usagers·ères se rendent dans des centres de santé.
Conditions d'accès	Pas de demande de carte d'identité ni d'autres formalités administratives.	Souvent conditionné par des démarches administratives (ex. : présentation d'une carte d'identité).
Confiance et anonymat	Favorise l'anonymat, réduisant la peur d'être identifié·e ou stigmatisé·e.	Moins accueillant pour les usagers·ères qui ont vécu des expériences de stigmatisation et de discrimination.
Efficacité	Permet de toucher davantage de bénéficiaires, en particulier les populations cachées ou marginalisées.	Atteint peu de bénéficiaires en raison des obstacles liés à l'environnement institutionnel.
Adaptation aux besoins	Les services vont vers les usagers et offrent un matériel accessible sans conditions.	Moins adapté ; les usagers·ères peuvent être réticents·es à fréquenter ces lieux perçus comme peu accueillants.
Relations avec les autorités	Interagit positivement avec les autorités pour garantir le bon déroulement des programmes.	Nécessite souvent une coordination avec les autorités pour ajuster les politiques.

*Ce tableau compare les services communautaires (*low-threshold*), qui sont accessibles sans exigences rigides, aux services institutionnels (*high-threshold*), qui imposent des conditions plus strictes, dans le cadre du programme aiguilles-seringues*

**“ Il serait difficile pour moi d'aller chercher une seringue à l'hôpital ou au dispensaire, car les gens nous regardent de travers. Des personnes qui ne consomment pas de drogues sont très critiques et disent qu'on soutient les drogués. »**

**Bryan, 40 ans,**  
s'injecte depuis l'âge de 28 ans,  
**bénéficiaire du programme**  
aiguilles-seringues **depuis 7 ans**



## 11. Approche holistique et rôle de l'écoute active

Des stratégies comme le *backpack* se révèlent particulièrement efficaces pour pallier certains obstacles et répondre aux besoins spécifiques des populations, notamment les femmes. La stigmatisation et la discrimination restent des barrières importantes, y compris dans des environnements communautaires, pour les usagères de substances. Ces dernières sont souvent confrontées à des jugements sociaux plus sévères que les hommes usagers de drogues, car étiquetées comme étant de « mauvaises mères » ou de « mauvaises femmes ».

Le service *backpack* repose sur le principe de l'écoute active et du dialogue avec les usagers·ères. Comme le souligne la directrice de CUT, «*on voit bien que les personnes qui ont cette proximité et cette aisance sur le terrain comprennent que l'échange ne se limite pas au matériel, mais s'exprime aussi dans le dialogue et dans leur approche*».

La relation de confiance instaurée avec les bénéficiaires les encourage à aborder des sujets liés à leur santé globale, allant parfois au-delà de l'utilisation de drogues. Par exemple, certains usagers·ères évoquent des inquiétudes concernant des infections sexuellement transmissibles ou des problèmes relationnels. Ces échanges positionnent le programme comme une porte d'entrée vers un accompagnement global autour de la santé, renforçant son impact au-delà du simple accès au matériel.

## 12. Horaires et flexibilité

L'accessibilité des services est également influencée par les contraintes horaires des bénéficiaires. Certains·es usagers·ères, dont les femmes qui ont des responsabilités familiales, ne peuvent pas se rendre sur les sites fixes pendant les heures d'ouverture habituelles. Le *backpack* constitue une solution adaptée, flexible et discrète, permettant de toucher une population qui, autrement, resterait exclue des services.

## 13. Services d'accompagnement et suivi personnalisé

En collaboration avec l'association AILES, CUT organise des sessions de dépistage tout en s'assurant que les bénéficiaires soient accompagnés·es vers les soins nécessaires. Ces initiatives s'étendent également au conteneur communautaire, où un suivi personnalisé est mis en place par CUT pour les femmes bénéficiaires.

Pour chaque femme, un dossier individuel est créé dès le début du programme, incluant des informations sur leur situation familiale, leur passé judiciaire, et leurs aspirations, comme trouver un emploi. Ces pratiques permettent un encadrement plus complet, combinant counseling et accompagnement, tout en s'adaptant aux besoins spécifiques des bénéficiaires et en offrant un soutien concret pour améliorer leur qualité de vie.

## Compétences mobilisées

La mise en œuvre du programme aiguilles-seringues a mobilisé des compétences variées au fil des années, avec des contributions clés de plusieurs associations, notamment CUT, PILS, AILES, et Parapli Rouz. Ces compétences ont permis d'assurer la distribution efficace de matériel, l'engagement communautaire, et le développement de stratégies de réduction des risques adaptées aux besoins des populations.

### 1. Sensibilisation à la stigmatisation et à la discrimination

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination, y compris au sein des associations, est une compétence clé. Malgré les efforts effectués dans ce domaine, des défis subsistent pour garantir un environnement totalement inclusif. Une sensibilisation accrue à ces problématiques améliorera les dynamiques entre collègues et renforcer la collaboration interne.

### 2. Approche communautaire et mobilisation

L'un des points forts du programme réside dans son approche ascendante (*bottom-up*), qui privilégie l'implication des communautés locales. Dès le départ, CUT a cherché à recruter des membres directement issus·es des régions cibles pour diriger les interventions. Cette approche garantit une meilleure compréhension des réalités locales et renforce la confiance des bénéficiaires envers les pairs éducateurs·rices et les programmes. Ces compétences communautaires sont ancrées au cœur de toutes les initiatives, jouant un rôle crucial dans la mobilisation des usagers·ères et leur orientation vers les structures de santé.

## 3. Médias et sensibilisation

Les médias ont joué un rôle crucial dans la mise en lumière du programme aiguilles-seringues et des initiatives de réduction des risques. Dès le départ, ils ont permis de souligner l'urgence de la situation, notamment en sensibilisant le grand public à l'explosion du VIH parmi les populations clés et la population générale, et aux besoins urgents de la lutte contre le VIH. Leur impact a été amplifié grâce à des journalistes engagés, qui étaient particulièrement sensibles à ces enjeux et ont contribué à mettre ces problématiques en avant notamment à travers les témoignages de personnes qui s'injectent des drogues.

## 4. Changement de loi, tournant décisif

La médiatisation a également joué un rôle dans la sensibilisation des décideurs politiques, menant à l'adoption du « **HIV and AIDS Act** ». Ce changement législatif a représenté une avancée majeure en fourninant un cadre légal au programme aiguilles-seringues, le rendant plus accessible, légitime, et concret. Ce moment a non seulement légitimé le programme, mais il a également renforcé la crédibilité de l'ensemble du combat contre le VIH et les maladies transmissibles liées à la consommation de drogues.

# PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

## Résultats observés

Lorsque le programme a été introduit en 2006, la transmission du VIH atteignait un niveau alarmant de **92 %** parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Avec la mise en œuvre du programme, un déclin significatif a été observé, réduisant ce taux de transmission de **60 %**. Aujourd'hui, la prévalence du VIH dans cette population est de **21 %**, ce qui témoigne de l'impact durable du programme à freiner la propagation du virus et à réduire les nouvelles infections.

- Les résultats ont été particulièrement visibles chez les femmes qui s'injectent des drogues, chez qui la prévalence du VIH a diminué de **67 %** entre 2011 et 2017, passant de **85 %** à **28 %**. Chez les hommes, qui comptent pour plus de trois quarts des personnes qui s'injectent, la prévalence a baissé de **33 %**, passant de **49 %** en 2011 à **33 %** en 2017.
- Cependant, 89 % des hommes qui s'injectaient en 2020 étaient atteints d'hépatite C, contre 88 % de femmes. La prévalence élevée de l'hépatite C (89.2%)<sup>5</sup> demeure préoccupante. Entre 2009 et 2013, elle dépassait les 95 %. Une légère amélioration est constatée entre 2013 et 2017, quand la prévalence passe à 89%.<sup>6</sup> Guérissable lorsque traitée correctement, le traitement contre l'hépatite C n'est disponible – gratuitement dans le service public – que depuis 2020. (Ministry of Health and Wellness, 2020)
- Le programme aiguilles-seringues a eu un impact significatif sur les comportements des bénéficiaires et leur relation avec le système de santé.

## 1- Réduction du partage de matériel d'injection

Grâce au travail effectué sur le terrain par les travailleurs·euses communautaires et les pairs éducateurs·rices, le message clé selon lequel « *si tu partages des seringues, tu tomberas malade* » s'est largement diffusé. Cette sensibilisation accrue a conduit à

une meilleure compréhension de l'importance de ne pas partager du matériel d'injection et à l'adoption de pratiques d'injection plus sûres chez de nombreux·ses usagers·ères, réduisant ainsi leur risque d'infection.

Selon l'usager du programme aiguilles-seringues interviewé :

“ —

**« Avant qu'il y ait ce programme de seringues, je réaffûtais les aiguilles après usage pour pouvoir les réutiliser. Maintenant, regarde, je n'ai aucun abcès ni sur mes pieds ni sur mes bras parce que je m'injecte avec des seringues propres. »**

**« Avant de bénéficier de ce programme, j'étais atteint d'hépatite C et de jaunisse ; maintenant, je ne suis plus malade. »**

— ”

## 2- Renforcement des liens avec le système de santé

Le programme agit comme un pont entre les communautés, notamment les populations difficiles à atteindre et le système de santé. Les pairs éducateurs·rices et les travailleurs·euses de terrain jouent un rôle crucial dans cette dynamique. Par leur proximité, ils·elles réussissent souvent à établir une relation de confiance avec les bénéficiaires, les rendant plus réceptifs·ves aux soins.

## 3- Amélioration de l'accès au dépistage

L'un des résultats notables du programme est l'augmentation de l'accès au dépistage. En renforçant la sensibilisation et en établissant des liens de confiance, le programme a permis à un plus grand nombre de personnes de connaître leur statut sérologique. Cette avancée est essentielle pour orienter les bénéficiaires vers les soins appropriés et lutter efficacement contre la transmission du VIH.

## Freins et leviers

### Freins rencontrés

La mise en œuvre du programme d'échange de seringues en 2006 a rencontré de nombreuses résistances, tant au niveau institutionnel que social. L'un des principaux freins était la perception que ce programme encouragerait l'usage de drogues. Cette idée, enracinée dans une histoire de répression sévère contre les drogues à Maurice, a été difficile à surmonter. Même en 2002, lorsque Nicolas Ritter, fondateur de PILS, militait pour un changement de loi, l'idée de réduire les risques par des approches de santé publique se heurtait à des mentalités conservatrices. Le programme d'échange de seringues était alors perçu comme un concept innovant mais radical, étant le premier de ce type en Afrique. La résistance s'est également manifestée lors de la création de CUT. De nombreux acteurs locaux craignaient qu'en promouvant l'accès aux seringues stériles, cette organisation légitime l'usage de drogues illicites.

### Leviers

Malgré ces freins, plusieurs facteurs ont permis au programme de se développer et d'être institutionnalisé :

- **Le soutien des données scientifiques :** l'intégration de recherches montrant l'impact positif de programmes internationaux similaires sur la réduction du VIH a été un argument clé. Ces données, utilisées pour convaincre les décideurs, ont renforcé la légitimité de l'approche.
- **Le National HIV/AIDS Strategic Plan 2001-2005** a joué un rôle essentiel. Ce plan incluait des objectifs explicites, tels que sensibiliser les parties prenantes à l'importance de l'accès facile à des seringues stériles et informer les usagers·ères de drogues par injection sur les risques de transmission du VIH. Ce cadre a servi de socle pour la mise en œuvre du programme.
- **L'appui du ministère de la Santé :** le ministère de la Santé a reconnu la nécessité de répondre à une crise sanitaire émergente. Bien que le soutien ne fût pas unanime, cet appui institutionnel a facilité la mise en place des premiers cadres légaux pour les programmes de réduction des risques.
- **L'innovation à l'échelle continentale :** en devenant le premier pays africain à adopter un programme de réduction des risques, Maurice a démontré un engagement précurseur et innovant. Ce positionnement a également favorisé l'intérêt et le soutien de partenaires internationaux.

## Une lutte toujours actuelle

Par ailleurs, malgré ces avancées, les mentalités restent un défi persistant. Les idées reçues sur la réduction des risques continuent d'alimenter les résistances, notamment autour de l'idée que ces programmes encourageraient l'usage de drogues. Pour poursuivre et renforcer les gains réalisés, il est essentiel de maintenir des efforts constants de sensibilisation et de plaidoyer, soutenus par des données probantes.

# RECOMMANDATIONS POUR RENFORCER ET DÉVELOPPER LE PROGRAMME

Les bénéficiaires du programme, à travers le témoignage recueilli, ont formulé des suggestions pour renforcer l'efficacité des interventions. Ils·elles soulignent l'importance d'intégrer des sessions sur les pratiques d'injection sûres lors de la distribution de seringues, afin de réduire les risques sanitaires (infections, blessures...).

La nécessité de revoir l'accessibilité aux matériels a également été soulignée ; des personnes non-usagères de drogues par injection viennent récupérer du matériel pour le revendre. Selon l'usager contributeur, une meilleure connaissance des bénéficiaires réguliers·ères par les pairs éducateurs.rices ou des mécanismes adaptés pourraient limiter ces pratiques.

## Compréhension et communication autour de la réduction des risques

Bien que l'accent ait été mis sur les actions de terrain, ce qui était essentiel dans un contexte d'urgence à Maurice, des lacunes persistent en matière de sensibilisation et de communication autour de la réduction des risques. Cela a des conséquences réelles : l'absence d'une salle de consommation (*salle de shoot*) peut être attribuée à la stigmatisation, à la discrimination et à une mauvaise compréhension des principes de la réduction des risques. La diabolisation de la méthadone – c'est-à-dire la perception négative et stigmatisante de ce traitement de substitution, souvent due à une méconnaissance de ses bénéfices et de son rôle – découle de ces mêmes incompréhensions.

Pour surmonter ces obstacles, il est crucial de développer une stratégie de communication robuste et adaptée. Cette stratégie devrait viser à déconstruire les idées reçues mais aussi à promouvoir des approches inclusives et innovantes. Ces efforts de déconstruction doivent être intensifiés et intégrés dans une campagne plus large et continue – avec la participation active de l'État – pour produire un changement durable.

## Mauvaises perceptions des drogues et diversification des programmes

Une autre problématique majeure est la persistance de perceptions erronées autour des drogues, alimentées par des divisions arbitraires entre substances dites « dures » et « douces ». Par exemple, le cannabis est souvent perçu comme acceptable, tandis que l'héroïne est diabolisée. Cette catégorisation, renforcée par des discours politiques, a contribué à stigmatiser davantage certains·es usagers·ères de drogues et à limiter la compréhension globale des problématiques liées à l'usage de substances. Une leçon clé serait de déconstruire ces notions et de rappeler que *toute drogue est une drogue*, et que leurs effets diffèrent.

## Lien entre réduction des risques et promotion de la santé

Au début du programme, l'accent était principalement mis sur la réduction des transmissions liées au partage de seringues afin de répondre à une urgence sanitaire. Ce faisant, elle a laissé de côté une approche plus globale de la promotion de la santé. Aujourd'hui, il apparaît essentiel d'intégrer un message de santé publique dans les programmes. Par exemple, il ne s'agit pas seulement de fournir du matériel d'injection stérile, mais aussi de sensibiliser les usagers·ères à surveiller leur état général (foie, cœur, dosage de méthadone, dépistage, etc...)

## Renforcer les compétences et les services proposés

Pour étendre efficacement le programme, il est crucial de recruter des professionnels·les qualifiés·es dans des domaines spécifiques. Par exemple, l'intégration d'un·e psychologue ou d'un·e ergothérapeute pourrait avoir un impact significatif. L'ergothérapie aide les personnes dépendantes à réapprendre des compétences pratiques, telles que pour des travaux manuels. À cet égard, CUT souhaiterait mettre en place un atelier au sein duquel les bénéficiaires pourraient travailler le bois, avoir une activité formatrice et, de surcroît, rémunératrice, et se réinsérer socialement.

## Pour aller plus loin

**Ministry of Health and Wellness.** (2020). *Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) survey for female sex workers in the island of Mauritius: 2020 report* [Enquête biologique et comportementale intégrée sur les femmes travailleuses du sexe à Maurice : rapport 2020]. <https://health.govmu.org/health/wp-content/uploads/2023/03/Integrated-Biological-and-Behavioral-Surveillance-IBBS-Survey-for-Female-Sex-Workers-in-the-Island-of-Mauritius-2020.pdf>

**Ministry of Health and Wellness.** (2021). *Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) survey among men who have sex with men (MSM): 2021 report* [Enquête biologique et comportementale intégrée sur les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes à Maurice : rapport 2021]. <https://health.govmu.org/health/wp-content/uploads/2023/10/MSM-IBBS-2021-Report.pdf>

**Ministry of Health and Wellness.** (2020). *Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) survey among people who inject drugs (PWID): 2020 report* [Enquête biologique et comportementale intégrée sur les personnes qui s'injectent des drogues à Maurice : rapport 2020]. [https://www.goomanytreatmentcentre.org/uploads/documents/ibbs\\_pwid\\_2020.pdf](https://www.goomanytreatmentcentre.org/uploads/documents/ibbs_pwid_2020.pdf)

**Ministry of Health and Wellness.** (2023). *National Action Plan on HIV and AIDS 2023-2027* [Plan d'action national sur le VIH/sida 2023-2027, République de Maurice]. <https://health.govmu.org/health/wp-content/uploads/2023/10/NAP-Final-2023-2027.pdf>

**Ministry of Health and Wellness.** (2024). *Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) survey among transgender women in Mauritius: 2023 report* [Enquête biologique et comportementale intégrée sur les femmes transgenres à Maurice : rapport 2023]. <https://health.govmu.org/health/wp-content/uploads/2024/07/IBBS-TG-2023-Final-corrected-21-June-2024.pdf>

**ONUSIDA.** (2024). *Spectrum 2023*, République de Maurice. ONUSIDA. <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/mauritius>



La structure de cette fiche de capitalisation a été adaptée selon le modèle de fiche de capitalisation prévu par la méthode de capitalisation des expériences en promotion de la santé définie par la Société Française de Santé Publique (SFSP), dans le cadre de la démarche méthodologique CAPS. CAPS a été lancée en 2017 par un Groupe de travail national coordonné par la Fnss et la SFSP, dans le cadre de l'initiative française InSPIRe-ID visant à créer un dispositif de partage des connaissances en santé publique. Son objectif principal est de repérer des projets enrichissants, d'organiser leur capitalisation, de soutenir les accompagnateurs et les porteurs d'actions, ainsi que de partager les connaissances sur le portail CAPS (<https://www.capitalisationsante.fr/>)

## Contributeurs.rices :

**Jamie Cartick**, Directrice du Collectif Urgence Toxida (CUT)  
**Nicolas Ritter**, fondateur de Prévention Information et Lutte contre le Sida (PILS)  
**Un usager du programme** aiguilles-seringues

## Capitalisation accompagnée par

**Émilie Moutou**, Référente Capitalisation du réseau PFOI de Coalition PLUS, dans le cadre de la [formation CAPS - SFSP](#), avec l'appui technique du pôle Capitalisation (Direction Communication et Collecte, Coalition PLUS).

Période : juillet – décembre 2024.



BUREAUX DE

### Afrique

Villa N°2466 Immeuble AF. 3e étage  
appartements C et D, rue DD 116,  
Sicap Dieupeul II, Dakar – Sénégal  
E-mail : [coalitionplusafrique@coalitionplus.org](mailto:coalitionplusafrique@coalitionplus.org)

### France

Tour ESSOR - 14, rue Scandicci, 93508 Pantin Cedex  
et  
s/c SESSTIM SITE SANTÉ TIMONE  
(QuanTIM - SanteRCom), Faculté de Médecine, 27  
Bd Jean Moulin, 13385  
Marseille Cedex 5

### Belgique

Bd Emile Jacqmain 90, 1000 Bruxelles

### Suisse

10 Rue de Chantepoulet, 1201 Genève  
Email : [coalitionplus@coalitionplus.org](mailto:coalitionplus@coalitionplus.org)



<https://www.coalitionplus.org>

Cette fiche de capitalisation bénéficie du soutien de l'Agence française de développement. Les idées et opinions qui y sont présentées n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence française de développement.

