



## **PROJET CODISOCS**

**CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES ET DYNAMIQUES  
SOCIALES AU SENEGAL**

**DOSSIER PUBLICATIONS 10/03/25**

**K. SOW, A. DESCLAUX RESPONSABLES SCIENTIFIQUES**

**R.A. FAYE COORDINATION**

## TABLE DES MATIERES

<i>Liste des publications, communications, documents, mémoires et thèses</i>	1
Ndione AG, 2018. <i>Les associations d'usagers de drogues injectables au Sénégal : d'une participation sous tutelle à un projet autonome.</i>	7
Diop M et Desclaux A, 2019. <i>Adaptations locales du traitement des addictions par la méthadone au Sénégal.</i>	27
Faye RA, Desclaux A, 2019. <i>La prise en charge des consommateurs de drogues injectables à Dakar: succès et échecs de la méthadone vus par les patients et les soignants.</i>	34
Ndione AG, Desclaux A, Bâ I, Sow K, Ngom M, Diop M, 2020. <i>Usagers de drogues et Covid-19 : Comment réduire la surpopulation carcérale en Afrique de l'Ouest ?</i>	41
Ndione AG, Desclaux A, 2020. <i>Devenir clean. Voies et formes de la guérison de l'addiction chez les consommateurs d'héroïne et de cocaïne au Sénégal.</i>	48
Ba I, Desclaux A, Diop M, Ndiaye I, Thiam MH, 2021. <i>Assurer la continuité des soins au temps de la COVID-19 : défis pour le centre de traitement des addictions à Dakar.</i>	70
Faye RA, Desclaux A, Ba I, Sow K, Faye SLB, 2023. <i>Trajectoires de femmes en situation d'addiction aux drogues injectables au Sénégal : désir « d'en sortir », incertitudes et réalités.</i>	76
Desclaux A, Sow K, Faye RA, 2024. <i>L'émergence de nouvelles drogues en Afrique de l'Ouest exige une réponse rapide.</i>	101
L'Arbre à Palabres, Dossier RESCIDAF, Introduction et sommaire	106
Bassène C, 2024. <i>La consommation de lean au Sénégal : Expérience locale d'une pratique globale liée à la culture hip hop.</i>	118
Bassène C, 2024. <i>Usages détournés de médicaments psychotropes au Sénégal : profils des consommateurs, produits et contexte.</i>	120
Ndoye A, Faye RA. 2024. <i>Rapports entre consommation de drogues et sexualité selon les PUD au Sénégal.</i>	122
Faye RA, 2024. <i>Drogues et réponses sensibles au genre au Sénégal : les besoins spécifiques des femmes sont-ils suffisamment pris en compte ?</i>	130
Sall A, 2024. <i>Programme méthadone au CEPIAD : acquis, contraintes et défis liés aux patients perdus de vue.</i>	132

## LISTE DES PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS DU PROJET CODISOCS AU 10/03/25

Par ordre chronologique (et ordre alphabétique au sein d'une même année)

Comprend :

- Toutes les publications depuis le début du projet (2018) qui figurent aussi en annexe.
- Les posters et les communications orales.

### ARTICLES ET CHAPITRES D'OUVRAGES

1. Ndione AG, 2018. Les associations d'usagers de drogues injectables au Sénégal : d'une participation sous tutelle à un projet autonome. In: Broqua C. (ed), *Se mobiliser contre le sida en Afrique. Sous la santé globale, les luttes associatives*. L'Harmattan. Paris, 2018. Pages 345-361
2. Diop M et Desclaux A, 2019. « Adaptations locales du traitement des addictions par la méthadone au Sénégal ». *Régulations, Marchés, Santé : interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique*. Actes du colloque de Ouida, Bénin, <https://shs.hal.science/halshs-02099230>
3. Faye RA, Desclaux A, 2019. La prise en charge des consommateurs de drogues injectables à Dakar: succès et échecs de la méthadone vus par les patients et les soignants. In: Baxerres C, Cassier M (eds) *Régulations, Marchés, Santé : interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique* Actes du colloque de Ouida, Bénin. 2019. <https://shs.hal.science/halshs-02099232> .
4. Ndione AG, Desclaux A, 2020. Devenir clean. Voies et formes de la guérison de l'addiction chez les consommateurs d'héroïne et de cocaïne au Sénégal. In: Desclaux A, Diarra A, Musso S (eds) *Guérir en Afrique Promesses et transformations*. Paris: L'Harmattan; 2020. p. 233-54.
5. Ndione AG, Desclaux A, Bâ I, Sow K, Ngom M, Diop M, 2020. Usagers de drogues et Covid-19 : Comment réduire la surpopulation carcérale en Afrique de l'Ouest ? *The Conversation* [Internet]. 19 juill 2020 <http://theconversation.com/usagers-de-drogues-et-covid-19-comment-reduire-la-surpopulation-carcerale-en-afrique-de-louest-142404>
6. Ba I, Desclaux A, Diop M, Ndiaye I, Thiam MH, 2021. Assurer la continuité des soins au temps de la COVID-19 : défis pour le centre de traitement des addictions à Dakar. *Médecine Tropicale et Santé Internationale*. 2021;1(1). <https://revuemtsi.societe-mtsi.fr/index.php/bspe-articles/article/view/133>
7. Faye RA, Desclaux A, Ba I, Sow K, Faye SLB, 2023. Trajectoires de femmes en situation d'addiction aux drogues injectables au Sénégal : désir « d'en sortir », incertitudes et réalités. *Revue de Sociologie, d'Anthropologie, de Psychologie (RSAP)*. Numéro spécial décembre 2023 :173-96, <https://ird.hal.science/ird-04467995/document>.
8. Desclaux A, Sow K, Faye RA, 2024. L'émergence de nouvelles drogues en Afrique de l'Ouest exige une réponse rapide. *The Conversation*, 24/06/2024, <https://theconversation.com/lemergence-de-nouvelles-drogues-en-afrique-de-louest-exige-une-reponse-rapide-232952> (hal-04666705)
9. Bassène C, 2024. La consommation de lean au Sénégal : Expérience locale d'une pratique globale liée à la culture hip hop. *L'Arbre à Palabres* (8):25-6 <https://journalarbreapalabres.wordpress.com/2024/12/01/journal-larbre-a-palabres-n-8-decembre-2024/>

10. Bassène C, 2024. Usages détournés de médicaments psychotropes au Sénégal : profils des consommateurs, produits et contexte. *L'Arbre à Palabres* (8):27-8  
<https://journalarbreapalabres.wordpress.com/2024/12/01/journal-larbre-a-palabres-n-8-decembre-2024/>
11. Faye RA, 2024. Drogues et réponses sensibles au genre au Sénégal : les besoins spécifiques des femmes sont-ils suffisamment pris en compte ? *L'Arbre à Palabres*. (8):37-8  
<https://journalarbreapalabres.wordpress.com/2024/12/01/journal-larbre-a-palabres-n-8-decembre-2024/>
12. Ndoye A, 2024. Rapports entre consommation de drogues et sexualité selon les PUD au Sénégal. *L'Arbre à Palabres*. (8):29-31  
<https://journalarbreapalabres.wordpress.com/2024/12/01/journal-larbre-a-palabres-n-8-decembre-2024/>
13. Sall A, 2024. Programme méthadone au CEPIAD : acquis, contraintes et défis liés aux patients perdus de vue. *L'Arbre A Palabres* (8):39-40  
<https://journalarbreapalabres.wordpress.com/2024/12/01/journal-larbre-a-palabres-n-8-decembre-2024/>
14. Faye RA, Desclaux A, Diagne A, 2025. The gender factor in meeting the needs of women who use drugs in Senegal, *Harm Reduction Journal*, sous presse

## COMMUNICATIONS

1. Diop M, Desclaux A, Laborde-Balen G, 2018. Perceptions des interactions entre les ARV et la méthadone chez les CDI vivant avec le VIH. Communication orale, Journées Scientifiques Sida au Sénégal; 2018 déc 7; CICAD, Dakar
2. Diop M, Desclaux A, Groupe d'étude CODISEN, 2018. Adaptations locales du traitement des addictions par la méthadone au Sénégal. Communication orale, Colloque international Globalmed, Régulations, Marchés, Santé interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique Ouidah (Bénin); 2018
3. Faye RA, Desclaux A, Codisen Study Group, 2018. Acceptabilité pour les patients de l'intégration des soins pour le VIH et les hépatites au Centre de Prise en charge Intégré des Addictions de Dakar (CEPIAD). Journées scientifiques sur le Sida au Sénégal; 2018; CICAD, Dakar, Sénégal.
4. Ndione AG, Desclaux A, 2018. Political and medical difficulties and ambiguities of methadone substitution treatment in Senegal. Colloque international Globalmed, Régulations, Marchés, Santé interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique; 2018 29/03; Ouidah (Bénin).
5. Ndione AG, Desclaux A, 2018. Le traitement de substitution par la méthadone au Sénégal : regards croisés entre patients et soignants. Poster n° P-016-D1, 2ème Journées scientifiques sida au Sénégal; 2018 déc 4; CICAD, Dakar.
6. Faye RA, Desclaux A, 2018. La prise en charge des consommateurs de drogues injectables à Dakar: succès et échecs de la méthadone vus par les patients et les soignants. Colloque international Globalmed, Régulations, Marchés, Santé interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique; 2018 29/03; Ouidah (Bénin).
7. Diop M, 2019. Connaissances et perceptions des hépatites chez les consommateurs de drogues injectables (CDI) sous traitement méthadone à Dakar, Sénégal. Poster n°370, 13ème Conférence



INTEREST; 2019 mai 14; Accra, Ghana

8. Diop M, Desclaux A, 2019. Cannabis use among injecting drug users on methadone treatment in Dakar, Senegal. Poster, Harm reduction international; 2019 mai 28; Porto, Portugal
9. Faye RA, 2019. Les barrières à l'accès aux Soins au Centre de Prise en Charge des Addictions de Dakar (CEPIAD): Différences de Perceptions entre Femmes et Hommes Consommateurs de Drogues Injectables. Poster, ICASA 2019; 2019 déc 2; Kigali, Rwanda.
10. Faye RA, Desclaux A, Codisen Study Group, 2019. Specialized or integrated care? Choices regarding treatment site for HIV and viral hepatitis by injecting drug users in Dakar (Senegal). Poster n°240, 13th INTEREST Conference; 2019 mai 14; Accra, Ghana.
11. Faye RA, Desclaux A, Groupe d'étude CODISEN, 2019. La prise en charge des consommateurs de drogues injectables à Dakar : succès et échecs de la méthadone vus par les patients et les soignants. In Ouidah (Bénin): Colloque international Globalmed, Régulations, Marchés, Santé interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique; 2019.
12. Faye RA, Desclaux A, Sow K, 2019. Besoins et attentes des femmes consommatrices de drogues injectables à Dakar/Sénégal. Poster, 13th INTEREST Conference; 2019 mai 14; Accra, Ghana.
13. Ndione AG, 2019. Entre contestations des consommateurs de drogues et ajustements des soignants : Négociation de la confiance au programme méthadone au Sénégal. Poster, 5ème Journée Scientifique Sidaction; 2019 févr 8; Mairie du 10ème arrondissement de Paris.
14. Ndione AG, 2019. Introducing Harm Reduction in West Africa : Paradoxes among IDU's positive perceptions in Dakar. Poster, ICASA; 2019 déc 2; Kigali, Rwanda.
15. Ndione AG, Desclaux A, Sow K, 2019. Le traitement de substitution par la méthadone au Sénégal. Regards en miroir entre patients et soignants. Poster n°225, 13th INTEREST Conference; 2019 mai 14; Accra, Ghana.
16. Ndione AG, Desclaux A, Sow K, Laborde-Balen G, 2019. Perceptions et usages des outils de Réduction des Risques chez les consommateurs de drogues au Sénégal. Poster n°243, 13th INTEREST Conference; 2019 mai 14; Accra, Ghana.
17. Ndione AG, Desclaux A, Sow K, 2019. The social issues of addiction treatment in Africa: Perceptions of injecting drug users in Senegal. Poster n°228, 13th INTEREST Conference; 2019 mai 14; Accra, Ghana.
18. Ndione AG, Diouf A, Diop-Nyafouna SA, Ndiaye I, Seck F, Niasse F, et al, 2019. Comprendre pour mieux adapter les interventions : contribution socio-anthropologique à la mise en place d'un dispositif de traitement à Mbour, Sénégal. Poster n°356, 13th INTEREST Conference; 2019 mai 14; Accra, Ghana.
19. Diop M, Desclaux A, Sow K, 2020. Le cannabis au Sénégal : quel lien avec le VIH? Poster commenté, 10 ème Conférence Internationale Francophone AFRAVIH connecté-e-s; 2020 nov 10, Dakar, Sénégal
20. Faye RA, Equipe CODISOCS, 2020. Profils et trajectoires d'usage des femmes consommatrices de drogues injectables (CDI) au Sénégal. Communication orale, 10 ème Conférence Internationale Francophone, AFRAVIH 2020; 8 nov 2020; Dakar, Sénégal.
21. Diop M, 2022. Perceptions des adaptations du CEPIAD au COVID-19 par les CDI. Communication orale, 3èmes Journées Scientifiques Sida du Sénégal; 2022 4/11; Diamnadio

22. Diop M, 2022. Usages et usagers du cannabis face à la répression au Sénégal. 7ème Rencontre des Etudes Africaines en France (REAF), Atelier n°8, Toulouse, 29 juin-1er juillet 2022. <https://reaf2022.sciencesconf.org/>
23. Faye RA, Desclaux A, 2022. Aspects socioanthropologiques de l'usage de drogues : les inégalités de genre pour l'accès aux soins. Communication orale, Journées Scientifiques Sida Sénégal, CICAD, Dakar, Sénégal, 1 novembre 2022. <https://www.cnls-senegal.org/wp-content/uploads/2023/07/2-FAYE-RA-symposium-Addictions.pdf>
24. Faye RA, Desclaux A, 2022. La vulnérabilité des femmes consommatrices de drogues injectables (CDI) en temps de COVID 19 : spécifique à l'épidémie ou structurelle ? Communication orale, Covid 19 en Afrique, une épidémie sous le radar, Dakar, Sénégal, 2 juin 2022.
25. Faye RA, Desclaux A, 2022. Profils et trajectoires des femmes Usagères de Drogues (UD) au Sénégal : les consommatrices de tramadol, une « catégorie à part ». Communication orale, Journée scientifique de la SFMTSI/Maladies tropicales et pauvreté : impact sur les droits de la femme et de l'enfant, Paris, France, 25 mai 2022.
26. Faye RA, Desclaux A, et équipe CODISOCS, 2022. « La législation protège-t-elle les femmes Usagères de Drogues (UD) ? Analyse de parcours biographiques au Sénégal ». Communication orale, 3e Journées Scientifiques Sida au Sénégal, CICAD, Dakar, Sénégal, novembre 2022
27. Diop M, Desclaux A, 2023. Can a licit cannabis market develop « from below » in French-speaking West African countries? European Conference on African Studies; 2023 juin 1; Cologne
28. Faye RA, Desclaux A, équipe CODISOCS, 2023. Nouvelles questions concernant la RDR au Sénégal. Atelier du Réseau HARENE (Harm Reduction Network), Marseille, 9-10/11/23
29. Faye RA, équipe CODISOCS, 2023. Profils sociaux et besoins des Femmes Usagères de Drogues (FUD) au Sénégal. Communication orale présenté à la réunion thématique ELSA du 13 décembre 2023 sur la thématique "Comment accompagner les usager.ère.s de produits psychoactifs ?" <https://www.cnls-senegal.org/wp-content/uploads/2023/07/2-FAYE-RA-symposium-Addictions.pdf>
30. Ndione AG, 2023. Usagers de drogues et Covid-19: comment réduire les risques infectieux collectifs dans les prisons en Afrique de l'Ouest ? Communication orale, 8ème Congrès annuel de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse, 2023 janv 19; Libreville, Gabon.
31. Faye RA, Desclaux A, 2024. Vulnérabilités cumulées dans l'accès aux soins pour les femmes UD au Sénégal et nouvelles questions. Communication orale, Séminaire - Axe 2 FHU TIE; 2024 févr 1; Montpellier, France
32. Bassène C, 2024. Quatre figures de consommation de médicaments psychotropes détournés au Sénégal. Profils, produits et contextes. Communication orale, Colloque international SCIDAF 2024: Sciences sociales et drogues en Afrique francophone. 21-23 mai 2024, Dakar, Sénégal. <https://www.youtube.com/watch?v=NalG5CsW4o4>
33. Bassène C, 2024. La consommation de lean au Sénégal: Expérience locale d'une pratique globale liée à la culture hip hop. Communication affichée, Colloque international SCIDAF 2024: Sciences sociales et drogues en Afrique francophone. 21-23 mai 2024, Dakar, Sénégal. <https://scidaf2024.sciencesconf.org>
34. Diop M, 2024. Centre thérapeutique ou camp de redressement ? Un lieu de traitement non médical des usagers de cannabis au Sénégal. Communication orale, SCIDAF, Colloque

international sciences sociales et drogues en Afrique francophone; 2024; Dakar, Sénégal.  
<https://www.youtube.com/watch?v=0prQtAWDXho&t=25s>

35. Diop M, 2024. Les usagers de cannabis face à la répression au Sénégal. Communication orale, SCIDAF, Colloque international sciences sociales et drogues en Afrique francophone; 2024; Dakar, Sénégal. <https://www.youtube.com/watch?v=0prQtAWDXho&t=25s>
36. Diop M, 2024. Groupe d'étude CODISOCS. La circulation des drogues pendant le Magal au Sénégal vue par les usagers. Communication orale, SCIDAF, Colloque international sciences sociales et drogues en Afrique francophone; 2024; Dakar, Sénégal. <https://www.youtube.com/watch?v=mGSCeqzL1mM>
37. Faye RA, 2024. Drogues et réponses sensibles au genre au Sénégal : les besoins spécifiques des femmes sont-ils suffisamment pris en compte ? Communication orale, SCIDAF, Colloque international: Sciences sociales et drogues en Afrique francophone. 2024 mai 23; Dakar, Sénégal. [https://www.youtube.com/watch?v=M\\_pTTY2T\\_is](https://www.youtube.com/watch?v=M_pTTY2T_is)
38. Faye RA, 2024. Les conséquences des politiques des drogues sur les trajectoires des Femmes Usagères (FUD) au Sénégal. Communication orale, Colloque Droits Humains & Drogues; 2024 nov 12; Conservatoire national des arts et métiers (CNAM).
39. Faye RA, Equipe CODISOCS, 2024. Trajectoires et vies de femmes « avec les drogues » au Sénégal. Communication orale, SCIDAF, Colloque international: Sciences sociales et drogues en Afrique francophone. 22 mai 2024; Dakar, Sénégal. <https://www.youtube.com/watch?v=NalG5CsW4o4>
40. Ndione AG, 2024. Interprétations et vécu de la Réduction des Risques par les usagers de drogues au Sénégal. Communication orale, Colloque international SCIDAF 2024: Sciences sociales et drogues en Afrique francophone. Diversification des usages, transformation des approches. 22 mai 2024, Dakar, Sénégal. [https://www.youtube.com/watch?v=Ih\\_Y2Vkrsek](https://www.youtube.com/watch?v=Ih_Y2Vkrsek)
41. Ndione AG, 2024. L'approche des sciences sociales à propos des drogues et des addictions en Afrique francophone. Communication orale, SCIDAF, Colloque international: Sciences sociales et drogues en Afrique francophone. 21 mai 2024; Dakar, Sénégal. <https://scidaf2024.sciencesconf.org/>
42. Ndoye A, 2024. Rapports entre consommation de drogues et sexualité selon les PUD au Sénégal. Communication orale, Colloque international : Sciences sociales et drogues en Afrique francophone. 22 mai 2024, Dakar, Sénégal. <https://www.youtube.com/watch?v=NalG5CsW4o4>
43. Ndoye A, Faye RA, 2024. Consommation de drogues et vécu sexuel au Sénégal. Poster, Journées Scientifiques Sida au Sénégal; 2024; Dakar, Sénégal
44. Sall A, 2024. Acquis, contraintes et défis pour la continuité des services du CEPIAD. Communication orale, Colloque international SCIDAF 2024: Sciences sociales et drogues en Afrique francophone. Diversification des usages, transformation des approches. 22 mai 2024, Dakar, Sénégal. [https://www.youtube.com/watch?v=Ih\\_Y2Vkrsek](https://www.youtube.com/watch?v=Ih_Y2Vkrsek)
45. Sall A, 2024. Motifs d'arrêt du traitement de substitution aux opiacés et évolution de la consommation chez les patients perdus de vue au CEPIAD. Communication orale, Colloque international SCIDAF 2024: Sciences sociales et drogues en Afrique francophone. Diversification des usages, transformation des approches. 22 mai 2024, Dakar, Sénégal. [https://www.youtube.com/watch?v=Ih\\_Y2Vkrsek](https://www.youtube.com/watch?v=Ih_Y2Vkrsek)

46. Sow K, 2024. Des politiques de drogues respectueuses des droits humains et de la santé au Sénégal. Dynamisme opérationnel et lenteurs institutionnelles. Communication orale, Colloque international SCIDAF 2024: Sciences sociales et drogues en Afrique francophone. Diversification des usages, transformation des approches. 21-23 mai 2024, Dakar, Sénégal.  
<https://www.youtube.com/watch?v=0prQtAWDXho&t=25s>
47. Sow K, Ndoye A, 2024. Rapport Atelier SCIDAF et nouvelles drogues au Sénégal. Communication orale, Journées Scientifiques Sida au Sénégal, 2024, Dakar, Sénégal

## MANIFESTATIONS SCIENTIFIQUES

Entre répression et soin, politiques des drogues « en mouvement » en Afrique de l'ouest. Atelier n°8 aux 7èmes Rencontres des Etudes Africaines en France (REAF) *Circulations dans les Afriques, Afriques en circulation*. Toulouse, 29/06-01/07, organisé par Ndione AG, Desclaux A. 6 communications. <https://reaf2022.sciencesconf.org/>

## DOCUMENTS

Collectif. Initiative de Dakar face aux drogues en Afrique de l'Ouest 2024. En réponse à l'extension et la transformation de l'offre des drogues, pour des recherches et des actions inclusives urgentes ! RESCIDAF, CRCF, 13 juin 2024, Dakar, Sénégal  
<https://scidaf2024.sciencesconf.org/resource/page/id/8>

## MEMOIRES DE MASTERS ET THESES

1. Ndione AG, 2017. *Le traitement des usagers de drogues au Sénégal. La médicalisation d'une déviance sociale*. Thèse de Doctorat en Anthropologie. Dakar, Sénégal : Université Cheikh Anta Diop, 2017.
2. Guilhin C, 2020. *Impact du programme de réduction des risques sur la trajectoire de vie des patients usagers de drogues de la cohorte CoDISEN, Dakar, Sénégal*. Master 2 Santé : Epidémiologie, Paris, Sorbonne Université, 2020.
3. Faye RA, 2022. *Genre et addictions : les trajectoires des femmes usagères de drogues au Sénégal*. Thèse de doctorat en Anthropologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2022
4. Sall A, 2023. *Le traitement de substitution des opiacés par méthadone au CEPIAD (Sénégal). Perceptions et expériences des usagers et des professionnels de santé*. Mémoire de Mastère Santé Publique. Paris, Institut Pasteur et CNAM, 2023.
5. Sall A, 2024. *Analyse de l'efficacité du dispositif de prise en charge des personnes usagères de drogues injectables au centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar*. Thèse de doctorat en médecine. Dakar, Sénégal : Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2024.

*Sous la direction  
de Christophe BROQUA*

**SE MOBILISER CONTRE LE SIDA EN AFRIQUE**

**SOUS LA SANTÉ GLOBALE, LES LUTTES ASSOCIATIVES**

*Préface de Jean-Pierre Dozon*

*Postface de Vinh-Kim Nguyen*

**L'Harmattan**

## SOMMAIRE

PRÉFACE.....	9
<i>Jean-Pierre DOZON</i>	

Pour une histoire des mobilisations associatives contre le sida en Afrique .....	15
<i>Christophe BROQUA</i>	

### **Recompositions des mobilisations en contexte de santé globale**

L'exception malienne dans la tourmente : mobilisations contre le sida à l'heure du Fonds mondial.....	53
<i>Laurence TOURÉ</i>	

La mobilisation des experts biomédicaux dans l'élaboration de la politique d'accès aux traitements au Bénin : le rôle d'un réseau de médecins .....	93
<i>Perrine BONVALET-DÖRING</i>	

La coopération sanitaire française engagée dans la lutte contre le sida en Afrique : les ONG au service des États ou des populations ? .....	113
<i>Elhadji Mamadou MBAYE, Anthony BILLAUD</i>	

### **Les associations de personnes vivant avec le VIH à l'épreuve du temps**

L'organisation de la lutte contre le sida en Éthiopie : rassemblements autour d'afflictions .....	147
<i>Carolina DE ROSIS</i>	

L'émergence des associations de personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest dans les années 1990 (Burkina Faso, Côte d'Ivoire).....	171
<i>Christophe CORNU</i>	

Participation des associations de personnes vivant avec le VIH à la lutte contre le sida au Bénin : entre mobilisations et injonctions.....	201
<i>Clément SORIAT</i>	

Les associations féminines de lutte contre le sida en Côte d'Ivoire :  
des collectifs aux fonctionnements individuels ?.....215  
*Bla Claire KONAN*

**La production des catégories cibles :  
l'exemple des « travailleuses du sexe »**

Agir auprès des « prostituées » : enquête sur deux organisations  
« spécialisées » au Mali .....235  
*Julie CASTRO*

Une expérience ambiguë : catégorisations de la sexualité rétribuée  
et lutte contre le sida au Sénégal.....259  
*Branwyn POLEYKETT (Traduction : Christophe BROQUA)*

Mobilisations de « professionnelles du sexe » contre le sida  
en Côte d'Ivoire : une autonomie sous contrainte.....269  
*Auguste Didier BLIBOLO, Christophe BROQUA*

**Enjeux identitaires  
et nouvelles revendications**

La procréation des femmes vivant avec le VIH,  
objet de revendication associative au Sénégal .....297  
*Khoudia SOW*

Projets associatifs contre le sida en direction des hommes  
ayant des pratiques homosexuelles : santé publique  
ou « promotion de l'homosexualité » ?.....325  
*Lucille GALLARDO, Jean-Marie Le GALL, Daniela ROJAS CASTRO*

Les associations d'usagers de drogues injectables au Sénégal :  
d'une participation sous tutelle à un projet autonome ?.....345  
*Albert Gautier NDIONE*

POSTFACE .....363  
*Vinh-Kim NGUYEN*

LISTE DES AUTEURS.....371

# LES ASSOCIATIONS D'USAGERS DE DROGUES INJECTABLES AU SÉNÉGAL : D'UNE PARTICIPATION SOUS TUTELLE À UN PROJET AUTONOME ?

Albert Gautier NDIONE

Les mobilisations collectives contre le sida ou contre d'autres maladies ont fait l'objet de recherches en sciences sociales qui ont décrit et analysé les différentes formes d'engagement des associations (Barbot, 2002 ; Pinell *et al.*, 2002 ; Akrich *et al.*, 2009) ainsi que le passage de la subordination des associations aux ONG plus puissantes à une certaine émancipation (Mbodj, 2007 ; Eboko & Mandjem, 2011). Dans le contexte de l'usage de drogues, cette autonomisation associative renvoie à la notion d'auto-support. Le terme d'auto-support désigne :

un regroupement de personnes volontaires, issues de la même catégorie sociale, des « pairs », en l'occurrence des usagers de drogues, réunis dans le but de s'offrir une aide mutuelle et de réaliser des objectifs spécifiques : satisfaire des besoins communs, surmonter un handicap, résoudre un problème social auquel le groupe est confronté dans son ensemble.

Toufik, 1997

L'auto-support entre usagers de drogues apparaît en 1953 avec la création des Narcotics Anonymous aux États-Unis et en 1980 avec la création du Rotterdam Junkie Bond aux Pays-Bas (Jauffret, 2000). Le principe d'auto-support avait été développé par Alcoholic Anonymous aux États-Unis à partir de 1935, face à la carence du système institutionnel de prise en charge des alcooliques, perçu comme bureaucratique, peu efficace et culpabilisant pour les « patients » (Rabeharisoa *et al.*, 2000).

La participation des usagers des drogues à la prévention a été qualifiée d'« éducation par les pairs », « auto-support » et « auto-organisation ». Ces termes partagent la même idée de base : les toxicomanes ont les ressources nécessaires, la capacité de trouver par eux-mêmes et pour eux-mêmes les réponses adéquates aux problèmes auxquels ils sont confrontés (Toufik & Jauffret, 1997). La typologie des groupes d'auto-support proposée par Christophe Broqua et Marie Jauffret en France distingue : d'une part, les



groupes d'intérêt (*interest groups*) ayant surtout un objectif politique de défense des droits des usagers et fonctionnant comme des syndicats, avec des revendications contestataires vis-à-vis des politiques de la drogue et de la toxicomanie ; d'autre part, les groupes d'entraide (*self-help groups*) qui répondent à une logique plus consensuelle, affichent des objectifs de soutien entre usagers de drogues et fonctionnent comme des groupes de parole (Broqua & Jauffret, 2004).

La création des associations d'auto-soutien en Europe est intervenue à l'époque de la mise en œuvre, à partir de 1970, du traitement de substitution aux opiacés par la méthadone. Les travaux sur l'auto-soutien ont été conduits en Europe dans un contexte marqué par la disponibilité de dispositifs de traitement des addictions. Il semble important de décrire et d'analyser les formes de mobilisation associatives autour de l'usage de drogues dans les pays d'Afrique de l'Ouest où il n'existe quasiment pas de programmes de traitement de substitution par la méthadone (néanmoins en projet dans certains pays)<sup>1</sup>.

## 1. L'USAGE DE DROGUES INJECTABLES AU SÉNÉGAL

Les substances traditionnellement consommées en Afrique sont les dérivés du *cannabis sativa*, le *khat* et les boissons alcooliques de production artisanale, consacrées à des fins rituelles ou thérapeutiques. Certaines de ces substances, comme la kola, ont joué un rôle économique et culturel important (Laure, 2004), comme moteur des échanges transfrontaliers (Cesoni, 1992). En parallèle à la consommation d'alcool ou de cannabis, des changements significatifs d'usage et de mode de consommation de drogues illicites sont observés depuis la fin des années 1990. Durant cette décennie, selon Interpol, l'Afrique a été impliquée à trois niveaux : production et trafic de cannabis, trafic et transit d'opiacés et de cocaïne, importation de médicaments psychotropes. En 1999, un rapport de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) indiquait que le trafic et la consommation de cannabis, mais aussi de cocaïne et d'héroïne, et d'autres drogues, étaient en expansion sur le continent africain (ONUDC, 1999).

En 2008, le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse était estimé entre 534 000 et 3 000 000 en Afrique subsaharienne (Mathers *et al.*, 2008). D'après les dernières données disponibles, aucun changement notable de situation n'a été constaté à l'échelle mondiale en ce qui concerne la consommation, la production et les conséquences sanitaires des drogues illicites (ONUDC, 2012). Plus récemment, dans une interview, Pierre Lapaque, représentant de l'ONUDC pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, estimait entre

---

<sup>1</sup> Remerciements au CRCF et à l'IRD pour le financement des enquêtes en 2013 qui a permis ce travail.

1 million et 2,5 millions le nombre d'usagers de « drogues dures » en Afrique de l'Ouest<sup>2</sup>.

Au Sénégal, une enquête du Comité interministériel de lutte contre la drogue (CILD, 2005) montre la diffusion de l'usage de la cocaïne/crack et de l'héroïne ainsi que le recours à l'injection par voie intraveineuse dans plusieurs régions du pays. À la fin des années 2000, se confirme l'existence d'un usage de drogues injectables au Sénégal, classé dans la catégorie des pays à faible prévalence, avec entre 1 000 et 10 000 consommateurs de drogues intraveineuses (ONUDD, 2009). L'expression « drogues injectables » renvoie aux drogues qu'une personne peut s'injecter mais aussi qu'elle peut consommer via d'autres moyens comme la fumette, le sniff, le « chasser le dragon ». En 2011, l'enquête « Usagers de drogues au Sénégal » (UDSEN) estimait la taille de la population d'usagers de drogues injectables (UDI) à 1 324 individus à Dakar (Leprêtre & Bâ, 2014). Cette enquête montre que la prévalence du VIH chez les UDI est de 5,2 %, soit sept fois plus élevée qu'en population générale, et que les usagers ne disposent pas de traitement contre leur addiction. En réponse, le Centre régional de recherche et de formation à la prise en charge clinique (du VIH et des maladies associées) (CRCF), situé dans le Centre hospitalier national universitaire (CHNU) de Fann à Dakar, qui abrite le projet UDSEN, a soutenu la mise en place d'un programme de réduction des risques (informations, échanges de seringues, accès aux soins) par le biais d'une équipe de terrain, puis a ouvert un programme de traitement de substitution aux opiacés (méthadone) fin 2014.

## 2. OBJET DE RECHERCHE

L'expression UDI a été employée et vulgarisée à Dakar (dans les organismes et chez les usagers de drogues) par le projet UDSEN. Elle a donc fait son apparition dans le champ de la lutte contre le sida et particulièrement en ce qui concerne l'identification des groupes les plus exposés. L'expression a évolué en passant d'*usagers de drogues par voie intraveineuse*, pour spécifier la catégorie des usagers de drogues la plus exposée aux risques infectieux (VIH et VHC particulièrement), à *consommateurs de drogues injectables*. La dernière expression met en relief la possibilité de consommer les drogues par voies intramusculaire, sous-cutanée et intraveineuse (ONUSIDA, 2011), et se veut moins stigmatisante en employant le terme « consommation » à la place de celui d'« usage ». Toutefois, les expressions qui se sont succédé ont davantage mis l'accent sur la lutte contre le sida que sur la lutte contre la toxicomanie.

---

<sup>2</sup> Voir : <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/dans-les-nouvelles/pierre-lapaque-onudc-lafrique-de-louest-est-une-zone-de-transit-de-production-et-de-consommation-de-drogues-dures/>.

Dans les suites de l'enquête UDSSEN, un désir de mobilisation autour d'une association a été exprimé par les usagers de drogues. Lors d'une restitution des résultats de l'enquête UDSSEN aux UDI dans un quartier de Dakar, ces derniers ont fait émerger l'idée d'une association d'usagers de drogues. La création d'une association n'est pas un fait nouveau chez les UDI à Dakar. En 2004-2005, l'Alliance nationale contre le sida (ANCS) a soutenu la mise sur pied d'une association dénommée Association pour la prise en charge du VIH/sida chez les usagers de drogues (ASPUD). Elle avait pour objectif de mener des activités de sensibilisation et d'information sur les risques liés au VIH. Cet objectif n'avait cependant pas été atteint car, selon Brama, leader dans l'association, l'orientation donnée ne correspondait pas aux attentes des usagers de drogues. Elle fut très peu fréquentée par les UDI, contrairement à l'engouement observé pour le nouveau projet associatif.

Ainsi, ce chapitre, en décrivant (1) les mobilisations associatives autour de l'usage de drogues à Dakar (incluant leur genèse, les acteurs impliqués, leurs objectifs et leurs contraintes) et (2) les appréciations des UDI à propos du dispositif associatif autour de l'usage de drogues, se propose (3) d'analyser les perceptions des UDI sur ce que doit être une association (incluant les acteurs à responsabiliser, le processus de mise en place et les objectifs).

### 3. MÉTHODOLOGIE

Les données qui servent de base à ce travail ont été recueillies lors de nos enquêtes doctorales entre janvier et avril 2013 auprès de différentes cibles. La méthodologie a été qualitative avec comme outils différents guides d'entretien semi-directif et une grille d'observation dans le milieu des UDI. Le contact avec un ancien usager de drogue, membre de l'équipe de terrain du projet UDSSEN, a été utilisé dans un premier temps pour rencontrer d'autres usagers et leur expliquer l'objet de notre thèse. Les entretiens ont été réalisés auprès de seize UDI, parmi lesquels trois femmes, d'une ancienneté de consommation variant entre dix et trente-six ans. Les résultats montrent que les drogues utilisées dans cette population sont l'héroïne, la cocaïne, le crack, le cannabis, l'alcool et la cigarette. Les principaux modes d'usage sont le sniff, la fumette, l'inhalation et l'injection, avec une fréquence d'usage de trois fois par jour (pour l'héroïne qui est la drogue la plus consommée dans cette population).

Les investigations ont ensuite ciblé les associations des groupes dits « clés » : deux associations d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), une association de lesbiennes et une association de professionnelles du sexe (PS). Les présidents de ces associations ont été contactés grâce à l'accompagnatrice du Réseau communautaire pour la promotion de l'éthique de la recherche et des soins au Sénégal (RECERS) qui regroupe plusieurs associations de « populations clés ». Les enquêtes avaient pour objet de décrire

la constitution d'associations, incluant leur genèse, les acteurs impliqués, leurs objectifs ainsi que leurs contraintes de mise en œuvre et de fonctionnement. Les investigations ont également ciblé deux ONG qui exercent dans le domaine des drogues : le Centre de sensibilisation et d'information sur les drogues Jacques Chirac (CSID) en banlieue de Dakar et l'ONG Jamra – où nous avons rencontré le président de la Fédération des ONG et OCB luttant contre la drogue (FONSELUD) – en milieu urbain. Les enquêtes à ce niveau ont permis de documenter le dispositif en place à Dakar pour le traitement des usagers de drogues. Enfin, le Comité interministériel de lutte contre la drogue (CILD) a été investigué pour préciser le contexte juridique de l'usage de drogues.

#### 4. LE CONTEXTE DAKAROIS

À Dakar, les associations autour de l'usage de drogues interviennent d'abord dans la prévention. Les usagers de drogues ne sont pas la seule population visée par le dispositif associatif à l'œuvre dans le traitement qui leur est destiné. Les investigations menées à l'ONG Jamra, en milieu urbain, et au CSID Jacques Chirac, en banlieue dakaraise, montrent que leurs interventions visent la population générale. Leur objectif principal est de sensibiliser sur les méfaits des drogues afin de décourager leur usage. Les principaux outils employés sont des causeries, des conférences, des formations en stratégie fixe dans la structure ou en stratégie avancée dans les communautés, dans tout le pays à la demande des populations. La drogue le plus souvent évoquée est le *yamba* (mot wolof pour désigner le cannabis) car, selon les responsables des structures visitées, il fait « plus de ravages » que les autres drogues au Sénégal. Ces structures pensent les « drogues dures » comme un problème d'Occidentaux qui veulent les combattre en Afrique afin qu'elles n'arrivent pas dans leurs pays.

Concernant les activités spécifiques pour les UDI, les structures font face à des difficultés financières. Leurs responsables soutiennent que certaines activités nécessitent un financement, pour la formation des acteurs de la lutte ou pour les campagnes de sensibilisation au niveau national. D'autres activités ne nécessitent pas de financement, par exemple, les interventions d'animation ou sportives au CSID Jacques Chirac. Parmi les activités qui ne nécessitent pas de financement, aucune ne concerne les UDI : elles visent plutôt des non-usagers de drogues. Pour les usagers de drogues en général, sont réalisés des médiations sociales, des séances de *gew* (groupe de parole), du *counseling*. Les UDI qui manifestent un désir de sevrage sont toujours référés vers les hôpitaux psychiatriques, ce qui explique qu'ils cessent de fréquenter ces structures et les critiquent, en les considérant peu capables de les traiter. Les activités de communication déroulées pour les UDI se font le plus souvent dans le cadre de financements précis tels que celui de l'ANCS qui a financé un programme de sensibilisation sur les risques infectieux auprès des UDI en 2004.

En résumé, entre la focalisation des associations sur le cannabis et la prévention d'une part, et la référence systématique aux hôpitaux psychiatriques d'autre part, les UDI sont la population « parent pauvre » du dispositif associatif autour de l'usage de drogues à Dakar.

## 5. PREMIÈRE CRÉATION D'UNE ASSOCIATION D'INITIATIVE MÉDICALE : L'ASPUD

Au début des années 2000, suite au constat que les usagers de drogues « tombaient comme des mouches » (Brama), les UDI, sous l'impulsion d'un des leurs, Brama, ont pris la décision de se regrouper en association pour réfléchir à des solutions afin de sortir de cette situation à « risque de mort élevé ». Puis, quand Brama est hospitalisé à la clinique Moussa Diop de l'hôpital Fann pour un sevrage, soutenu par sa famille, il y rencontre un médecin psychiatre avec qui il discute du projet associatif. Le médecin lui propose de se constituer en association et propose de l'aider pour trouver des fonds et bénéficier d'un traitement global. À partir de ce moment, un noyau dur est formé, composé du médecin, d'une assistante sociale et de Brama qui joue le rôle de relais. Après des démarches d'information auprès des pairs par Brama, l'association des usagers est formée de manière informelle. Elle commence par des activités de groupe de parole hebdomadaire, dénommé *penc*, que dirigent le médecin psychiatre et une psychologue dans le service. Une quinzaine d'usagers convoqués par Brama y discutent des maladies à risque (tuberculose particulièrement), de la vision qu'ils ont de leur avenir, de leurs attentes vis-à-vis des autorités.

En 2004, l'ANCS débute un programme d'information et de sensibilisation sur les risques liés à l'usage des drogues financé par le Fonds mondial. Le coordonnateur principal de ce programme est le CSID Jacques Chirac. Les activités menées dans ce programme ont pour objet d'informer les usagers de drogues sur les risques liés à la consommation de drogues et les comportements de gestion des risques. L'ANCS se rapproche aussi de la clinique Moussa Diop du CHNU de Fann, réputée en matière de traitement des usagers de drogues. Elle prend attache avec le médecin psychiatre qui la met en rapport avec l'association des usagers.

À partir de ce moment, l'association, qui jusque-là était informelle, doit se formaliser pour participer au programme. Elle devient l'Association sénégalaise pour la prise en charge du VIH chez les usagers de drogues (ASPUD). Un bureau est constitué, composé d'un président (médecin psychiatre), d'un secrétaire général (Brama, UDI), d'une trésorière (assistante sociale de la clinique Moussa Diop), d'une chargée de prise en charge psychologique des usagers de drogues (psychologue à la clinique Moussa Diop), d'un secrétaire à l'organisation (homme, UDI) et d'un chargé d'animation (homme, UDI). Ce petit groupe mène les activités de causerie désormais orientées vers les

comportements à risque de contamination par le VIH. Le recrutement des participants aux causeries se fait par les UDI membres du bureau. L'association est ouverte à tout usager de drogues qui manifeste le désir de participer aux activités.

Les activités associatives comprennent d'abord des ateliers de formation des pairs-éducateurs chez les hommes et chez les femmes, animés par le médecin et l'assistante sociale. Des usagers reçoivent une formation de sensibilisation aux risques de contamination par le VIH pour être capables de transmettre le message à leurs pairs. La formation vise certaines pratiques à risque telles que l'injection ou les rapports sexuels non protégés, les échanges de seringues et d'objets contondants. Les participants sont choisis par quartier et des remboursements de transport sont prévus à chaque séance.

Les difficultés liées à la mise en œuvre de l'ASPUD relèvent de l'objectif donné à l'association de lutter contre l'infection à VIH dans cette population. Les UDI dénoncent que l'ANCS se soit focalisée sur la lutte contre le sida qui ne constitue pas leur premier souci. Leur problème principal, « arrêter la consommation », n'est pas pris en compte par le programme. De plus, les usagers interrogés pensent que la meilleure prévention des risques liés à la consommation de drogues est de combattre la racine du problème, à savoir l'usage.

Ce facteur a conduit à la fin de la collaboration entre l'association des UDI et l'ANCS pour ce programme, un an après sa mise en place. Les investigations menées au niveau de cette structure font état d'une mésentente entre les usagers et l'équipe de médecin, psychiatre et assistante sociale qui ont accompagné le processus. À l'instar de beaucoup d'autres associations financées dans le cadre du programme d'information et de sensibilisation, l'ANCS dénonce l'absence d'évaluation des activités menées par l'ASPUD comme par d'autres bénéficiaires à l'exception d'une seule structure, l'ONG Jamra, qui a produit et partagé son rapport d'activités.

## 6. L'ASRDR : UNE ASSOCIATION ORIENTÉE VERS LA RÉDUCTION DES RISQUES

L'Association sénégalaise pour la réduction des risques infectieux chez les groupes vulnérables (ASRDR) a été mise en place à partir de 2011 dans les suites du projet UDSEN. Elle a pour objectif général l'amélioration de la prise en charge médicale, sociale, économique et communautaire des consommateurs de drogues injectables dans la région de Dakar. Elle vise de manière spécifique à mener des activités de prévention et de réduction des risques liés à la consommation de drogues, et à contribuer à la réinsertion socio-économique des UDI. Elle se donne aussi pour objectif de favoriser l'entraide entre UDI, en aidant à la création de deux groupes d'auto-support dans la région de Dakar.

L'association vise les « populations vulnérables » telles que les UDI, les PS, les HSH. Elle s'intéresse aussi aux familles des UDI et aux autorités étatiques (forces de sécurité, ministère de la Santé).

### 6.1. Mise en place de l'ASDRD

L'idée de mettre en place cette association est née parmi les membres de l'équipe sociale dans les suites du projet UDSEN avec le souci de garder le lien déjà créé avec les usagers de drogues. Depuis sa création en 2011, l'association a eu deux présidents. Le premier était un assistant social membre de l'équipe des intervenants de terrain. Le deuxième, toujours en exercice en 2016, est un médecin psychiatre et addictologue, investigateur Sud (premier responsable au Sénégal) du projet UDSEN. Le projet associatif est d'abord porté par le premier président qui le partage avec la dizaine de membres de l'équipe de terrain. Ils se réunissent pour mettre en place un premier bureau, selon une procédure consensuelle, à l'initiative de ce premier président qui revient ici sur ce processus :

*J'ai foncé et j'ai demandé à tous leur carte d'identité, récupéré les statuts à la chambre de commerce. Je leur ai demandé leurs avis : « Est-ce qu'on peut déposer une demande pour avoir un récépissé ? » Ils m'ont dit oui, et c'est de là que tout est parti. C'est ainsi que j'ai déposé le dossier, je l'ai suivi [...]. Je leur ai dit : « Écoutez ! On a tout juste fait un petit bureau pour avoir le récépissé mais en attendant que le récépissé sorte, soyons vraiment démocratiques. Est-ce que vous êtes d'accord pour créer un bureau avec moi comme président ? » À l'unanimité, ils ont dit oui : la secrétaire M1 et trésorière M2, chargé de communication M3, chargé de l'organisation M4, et on avait choisi deux animateurs de terrain qui sont des usagers de drogues.*

Depuis, les membres de l'association déroulent leurs activités d'*outreach* pour le compte du programme UDSEN. Deux années plus tard, avec le concours de ce même programme, l'association renforce ses capacités par des séances de formation à la mise en œuvre d'un projet associatif. Une assemblée générale extraordinaire se tient au mois de juillet 2013 au cours de laquelle le bureau est renouvelé avec l'arrivée du deuxième président. L'association compte alors dix-sept membres comprenant cinq animateurs de terrain (parmi lesquels trois UDI et un ex-usager), quatre médecins, trois assistants sociaux, trois éducateurs spécialisés, un infirmier et un spécialiste en relations publiques. Hormis les médecins, tous les membres de l'association sont ou ont été membres de l'équipe sociale du programme UDSEN.

## 6.2. Difficultés et perceptions de l'ASRDR par les UDI

En matière d'activités déroulées, l'ASRDR a rencontré des difficultés liées au double rôle de ses membres, qui sont en même temps des intervenants de terrain du programme UDSEN.

*En termes d'activités directes pour les usagers, il y a confusion entre l'équipe d'outreach et l'équipe ASRDR. Les membres de l'équipe outreach sont tous membres de l'équipe ASRDR et les rôles ne sont pas bien définis entre le travail d'outreach et celui de l'ASRDR.*

Cette affirmation de l'ex-président montre que l'association n'a pas d'activité spécifique. Bossa, un autre membre, explique la similitude des activités par le champ de la réduction des risques que l'association et l'équipe *outreach* partagent. D'autre part, dans la perception collective des UDI, la distinction n'est pas faite entre l'association et l'équipe *outreach*. D'ailleurs, pour en parler, ils utilisent des appellations comme « l'équipe de Fann », « UDSEN », ou donnent le nom d'un membre.

Les usagers de drogues font une critique de la légitimité des travailleurs sociaux perçus comme étant en concurrence avec les UDI. Les propos d'un UDI sont révélateurs :

*Les X [il évoque le nom d'un membre de l'équipe de terrain et de l'association], vraiment, ce qu'ils font, c'est pas mal. Mais il leur manque beaucoup de choses. Il ne faut pas prendre n'importe qui pour lui donner ce travail, sinon il vous jouera un mauvais rôle. Il y en a qui y sont passés, ils ont fumé jusqu'à arrêter, le travail, c'est pour ces personnes-là. Ce devrait être ceux qui ont vécu la réalité, qui savent ce qu'il en est durant des années.*

Les UDI pensent que les pairs sont les mieux placés pour le travail de terrain car ils ont vécu l'expérience. Bien que cette idée soit partagée, il n'y a pas, chez les usagers, de consensus sur le ou les acteurs idéal/aux à impliquer. Chaque usager pense être la personne la mieux indiquée de par l'expérience qu'il a eue dans l'usage de drogues. Les deux pairs (un ancien usager et un actif) impliqués dans l'équipe de terrain et membres de l'association sont perçus par les usagers interrogés comme ayant peu de connaissance dans le « tracé » (terme utilisé pour désigner le milieu des usagers de drogues). Le fait que chaque usager se considère comme un leader a été la cause de l'abandon de l'emploi de la distinction entre « leaders » et « usagers » pour utiliser celle entre « usagers associatifs » et « non associatifs », cette distinction recouvrant d'une part les usagers de drogues qui adhèrent au projet associatif et d'autre part ceux qui n'y adhèrent pas.

Cependant, les critiques adressées par les usagers envers l'association/équipe sociale relèvent davantage d'une « lutte des places » pour être membre de l'équipe sociale. Le désir d'être membre de l'association/équipe sociale est



motivé par la perception que les membres seront les premiers à bénéficier du traitement de substitution à venir. Les UDI ont des attentes spécifiques qui, le plus souvent, ne correspondent pas aux activités menées par l'équipe de terrain. Ils apprécient la référence pour le traitement sans frais de certains de leurs maux à l'hôpital, mais attendent beaucoup plus le traitement de substitution. Les informations sur les risques liés à l'usage leur paraissent moins importantes pour des personnes déjà « accrochées » aux produits.

## 7. CRITIQUES DES STRUCTURES EXISTANTES PAR LES UDI

Tout au long de leur carrière de consommateurs, les UDI ont eu connaissance du dispositif en vigueur pour le traitement des drogues. De la fréquentation d'un centre de traitement au partage de l'information dans le « tracé », ils développent un discours univoque sur les structures de traitement existantes. Leurs perceptions sont négatives envers ces ONG qui, selon eux, n'ont pas pour préoccupation principale les toxicomanes. Les UDI rencontrés affirment que les ONG et associations les « utilisent pour obtenir des financements pour leur propre compte, mais [qu'] il n'y a aucun traitement qu'ils font pour les drogués » (Kawman). Les UDI perçoivent une certaine instrumentalisation de leur situation par les structures à l'œuvre dans le champ de la toxicomanie à Dakar.

Les appréciations négatives des UDI découlent aussi de l'absence de prise en compte de leur préoccupation première qui est le sevrage. Les activités de sensibilisation organisées par les ONG de lutte contre les drogues sont perçues comme peu pertinentes pour des « gens déjà tombés dans l'affaire ». Les causeries autour des risques liés à la consommation de drogues (programme ANCS de 2004 particulièrement) sont perçues comme moins importantes car, selon eux, « c'est parce qu'il y a la drogue qu'on parle de sida chez les drogués, donc il faut résoudre le problème de la consommation de drogues et il n'y aura plus de sida » (Brama).

Les critiques des structures existantes par les UDI sont enfin orientées vers les types de drogue pris en considération. Les usagers interrogés dénoncent généralement une absence de prise en compte de leur véritable situation d'héroïnomanes ou de cocaïnomanes. Or selon eux, le problème qui met les individus dans des situations à haut risque de désintégration sociale, de morbidité et de mortalité, « c'est l'usage de drogues dures ». Or, dans les centres d'accueil pour usagers de drogues, le problème majeur est le développement rapide et généralisé de l'usage du cannabis. Les usagers de « drogues dures », selon eux, sont moins nombreux que les consommateurs de « yamba ». Qui plus est, la lutte contre les drogues injectables est perçue comme une préoccupation des pays occidentaux. Les propos suivants illustrent ce point :

*C'est parce que ce sont les drogues dures qui posent plus de problèmes aux Occidentaux qu'ils les combattent en Afrique de l'Ouest qui est une zone de transit. Si le yamba quittait l'Afrique pour aller en Occident, ils allaient combattre son trafic pour que cela n'arrive pas chez eux et touche leurs enfants, mais c'est l'héroïne et la cocaïne qui leur posent problème, or, ici c'est le yamba qui fait des ravages.*

Ces propos du coordonnateur du CSID Jacques Chirac sont également partagés par le président de l'ONG Jamra et par le CILD. Leur principal souci reste la question du « yamba ». Leur investissement dans le domaine des drogues injectables s'explique par la tendance au conformisme et par l'orientation donnée par les bailleurs de fonds. Au vu de ces différentes idées, les usagers de « drogues dures » apparaissent comme une population délaissée dans le dispositif de traitement pour les toxicomanes à Dakar.

## 8. PERCEPTIONS DES OBJECTIFS D'UNE ASSOCIATION QUI RÉPONDE AUX BESOINS DES UDI

### 8.1. Aider le sevrage immédiat

*Lorsqu'on crée une association comme je l'entends, c'est pour sortir d'une situation. [...] Pour moi, l'existence d'une association, c'est pour réunir une force qu'on n'a pas lorsqu'on est seul.*

Accra, héroïnomanes, sniffeur, homme

Pour sortir de leur situation de toxicomanes, la grande majorité des usagers de drogues rencontrés à Dakar a procédé à des stratégies d'auto-sevrage par le voyage hors du milieu des drogues, l'usage de médicaments, l'incarcération volontaire. Ces différents parcours de traitement font état de plusieurs difficultés liées à des problèmes de qualité, de compétences, ou de revenus, lesquelles peuvent être résolues, selon les UDI, par des initiatives collectives. L'union apparaît comme une force par le biais de l'association qui permet le rassemblement de ressources humaines, d'idées, de capitaux pour réussir des actions plusieurs fois engagées seules en vain. Le désir de sevrage est évoqué comme objectif fondamental :

*L'association va aller à l'essentiel, mettre en place une organisation, une méthode, les moyens pour aider le plus grand nombre à s'en sortir, parce qu'il y a cette possibilité aujourd'hui, d'autant plus que le produit présenté à la consommation n'a plus la même virulence qu'il y a dix ans.*

Baron

L'expérience de consommation de drogues confère une expertise basée sur la pratique. L'objectif de l'association qui consiste à aider les UDI à sortir de leur situation est moins difficile à atteindre dans un contexte où, disent-ils, les

drogues sont de « moindre qualité ». Ces remarques sur la qualité des produits et leur évolution sont des éléments que « seuls les consommateurs peuvent fournir ». C'est l'une des raisons pour lesquelles les UDI pensent que leur implication est nécessaire dans le dispositif de traitement de leur situation.

### 8.2. Appuyer la médiation sociale et l'insertion des pairs

Les nombreux cas de rechute après les pratiques d'auto-sevrage sont dus, selon les UDI, au retour dans le « milieu » et à l'absence d'activité et de confiance de la part de l'entourage. Les UDI attendent que l'association les aide pour l'insertion sociale face aux nombreux problèmes familiaux de cette population. Ils pensent que l'association pourra « recoller les morceaux », permettre aux pairs de retrouver la confiance de leur famille, et aussi faire œuvre de médiation dans les lieux où travaillent ou ont travaillé les pairs pour réinstaller la confiance. Les propos suivants l'illustrent :

*Si l'association arrive à évoluer, elle peut se porter garant et dire à certaines sociétés : « Faites-nous confiance ! Il va changer ! Il s'est soigné ! C'est une grande personne ». Parce que dire cela en personne, c'est sans valeur, mais avec l'association qui le garantit, c'est plus facile.*

Zara

Les consommateurs de drogues qui ont eu l'expérience des moments sans les drogues (en postcure) pensent qu'ils ne peuvent pas arrêter le cycle de la consommation sans être occupés par une activité et sans une (ré)intégration dans les familles. L'appui des tiers est envisagé pour le financement d'activités que les ex-usagers pourront exercer. Dans ce sens, ils pensent qu'avec l'association et ses futurs partenaires, ils pourront mettre en place des « activités génératrices de revenus ». Cette perception assez partagée découle des constats faits par les UDI à propos des ex-usagers qui ont quitté le « tracé », qu'ils rencontrent à Dakar, exerçant une activité lucrative.

### 8.3. Combattre le trafic et sensibiliser les non-usagers de drogues

Les UDI interrogés pensent que la connaissance acquise dans le milieu de par leur expérience de consommation peut permettre d'agir sur le trafic et d'appuyer l'État dans la lutte contre la circulation des drogues. Ils partagent l'idée selon laquelle s'il n'y a plus de « camé », le « deal » arrêtera et le trafic finira. Interrogés sur les nouveaux usagers potentiels, les UDI disent que, pour être efficace, l'arrêt de la consommation sera associé à la sensibilisation des populations qui permettront de combattre le trafic. L'association aura aussi pour rôle, selon Repé :

*de parler aux jeunes qui fument le chanvre indien, discuter avec eux. Il ne s'agira pas de les bousculer ou de les violenter, mais plutôt de parler*

*avec eux en leur disant : « On y était pendant des années, on sait comment ça se passe ».*

Au-delà des jeunes, le programme de sensibilisation de l'association cible plusieurs catégories telles que les familles, les médecins, les autorités juridiques, vers lesquels les UDI pensent faire des plaidoyers pour les « drogués ». Kawman, qui travaille dans la papeterie, évoque un autre canal pour véhiculer les informations que sont les flyers que l'association se chargerait de distribuer.

## 9. PERCEPTIONS DES OBSTACLES À LA MOBILISATION ASSOCIATIVE

L'idée d'association, telle qu'envisagée, fait face à certaines contraintes liées, selon les UDI, au temps et la visibilité des membres mais aussi à la question juridique.

### 9.1. Le manque de disponibilité dû à la dépendance

La première contrainte perçue par les UDI relève de leur indisponibilité à faire autre chose que la recherche de moyens financiers pour acheter les produits, la recherche du dealer et du temps de consommation. Ils perçoivent ces démarches comme un cycle qui ne s'arrête pas et qui fait obstacle à l'idée d'association. Ce facteur bloquant lié au temps a déjà été évoqué par Abdallah Toufik (1997) qui écrivait que s'organiser demande du temps et une attention difficile à assurer par les usagers. Les effets du produit, les conditions du marché de la drogue (trouver l'argent nécessaire, trouver le produit, etc.) et la « galère » qui en découle, absorbent beaucoup d'énergie, moralement et physiquement. Cette dépense d'énergie laisse peu de temps pour toute autre préoccupation et encore moins pour l'organisation. Cela est particulièrement vrai pour les utilisateurs de produits injectables, notamment l'héroïne.

### 9.2. Le désir de ne pas dévoiler leur addiction

Beaucoup d'usagers rencontrés n'adhèrent pas à l'idée d'association ou, s'ils doivent y participer, ne veulent pas s'afficher. Il s'agit particulièrement des usagers qui, jusqu'à présent, réussissent à cacher leur toxicomanie à leur famille et qui évoquent des raisons familiales. L'extrait d'entretien suivant l'illustre :

*Moi, je n'accepte pas de m'afficher parce que dans ma famille, ils vont prendre cela pour critiquer plus tard tes enfants, du genre ton père était ceci, ta mère cela. Donc je n'accepterai pas que mes enfants subissent les conséquences dans l'avenir. Et puis je me dis que si je m'affiche, je fais encore du tort à ma famille, surtout les garçons car, plus tard, tout ce que je voudrais leur interdire sera difficile.*

Fecca

Beaucoup d'usagers ont toujours caché leur consommation à leur famille bien que celle-ci puisse parfois « soupçonner des comportements bizarres », selon l'expression d'un informateur. La participation à l'association constituerait une confirmation des doutes de l'entourage. Ce problème est une réalité pour d'autres associations de groupes dits « vulnérables ». Les enquêtes menées auprès d'associations de PS, d'HSB et de lesbiennes abordent ce problème et la manière dont il affecte les démarches de reconnaissance juridique dans un contexte marqué par l'interdiction de certaines pratiques.

### 9.3. L'obstacle juridique

La perception de l'aspect juridique comme obstacle relève particulièrement de l'expérience des UDI lors de la création de l'ASPUD : « La difficulté était que tous les membres de l'association avaient fait la prison à un moment ou à un autre, alors qu'on dit que pour diriger une association, il faut être clean » (Brama). Il est en effet procédé à une enquête de moralité par le ministère de l'Intérieur sur tous les membres du bureau de l'association, qui porte sur les activités professionnelles, associatives, syndicales, politiques et les antécédents judiciaires. Pour résoudre cette contrainte, il a fallu que les UDI aillent exposer le problème au niveau du CILD où ils ont demandé à voir l'autorité supérieure, pour la « convaincre de la justesse de [leur] prise de position, l'amener à adhérer à cette idée » (Brama). Compte tenu de leurs antécédents juridiques, les usagers interrogés pensent qu'« il faudra un traitement spécifique pour le groupe spécifique » qu'ils constituent.

## 10. L'ÉMERGENCE DU PROJET D'ASSOCIATION DE PAIRS

L'exemple de l'association des femmes professionnelles du sexe permet de comprendre, par comparaison, le désir de constitution en association de pairs par les UDI. Leur association, dénommée And Soppalikou (Union pour un changement de comportement), a été créée suite à un conflit interne dans une autre association. L'extrait d'entretien avec Pokou montre comment cette association s'est constituée :

*Notre association a été créée le 6 mai 2007. Mes cinq copines et moi l'avons décidé comme ça. On était membre d'une autre association dénommée AWA, mais on n'arrivait plus à s'y identifier, on a créé la nôtre car, à un moment donné, on s'est dit que nous ne voulions plus être que des bénéficiaires. On ne voulait plus rester à attendre que des infirmières, des assistantes sociales aillent chercher les fonds et nous relèguent sur le terrain, ce qu'on voulait, c'était voler de nos propres ailes puisqu'on nous avait bien appris de quoi il s'agissait.*

Pokou, membre d'And Soppalikou

Le mode de constitution de l'association And Soppalikou est sans doute celui qui se rapproche le plus de l'émergence de l'idée d'association chez les usagers de drogues. Il arrive un moment où un groupe de personnes ne se reconnaissent plus dans les structures existantes et procèdent à un rassemblement entre pairs avec des aspirations communes. Les motivations au démarrage sont de deux ordres : désaccord avec l'organisation (par exemple, la ressource humaine responsable) et désaccord avec les objectifs de la structure (par exemple, encadrer la profession du sexe en gérant les risques infectieux). Les PS de l'association And Soppalikou ont voulu être leurs propres responsables avec comme objectif de changer de comportement (abandonner la profession).

Les UDI ont des appréciations négatives des structures à l'œuvre en matière de traitement des toxicomanes dans lesquels ils ne se reconnaissent pas. Pour sa part, Bossa, qui est membre de l'ASRDR et de l'équipe *outreach*, pense que les usagers ne sont pas encore prêts à faire de l'auto-support et que l'ASRDR travaille dans le sens de les appuyer pour qu'ils mettent en place leurs propres associations. Or, les UDI pensent être assez expérimentés pour mettre en place leur propre association sans l'intervention d'une personne externe et ne demandent de soutien que pour le traitement approprié de leur toxicomanie par des soignants spécialisés et pour le financement de leurs activités par les partenaires.

Le projet UDSEN, par lequel les UDI espèrent accéder à un traitement approprié, a influencé l'idée d'association. Les UDI attendent « qu'ils [UDSEN] disent que les médicaments sont arrivés, que l'État a signé l'autorisation de distribution de la méthadone » (Kawman).

*On n'a pas besoin, disent-ils, d'aller à contre-courant, sinon, c'est comme si on ne voulait pas les attendre. Si tout est prêt et que les médicaments arrivent, c'est en ce moment qu'on montera notre association. Ce n'est pas encore le moment, mais on songe à faire une association.*

Accra

Les usagers ont une position attentiste envers le projet UDSEN car, pour beaucoup d'entre eux, le sevrage doit précéder la mise en place de l'association. Ils perçoivent qu'il est difficile dans leur situation présente de mener des activités (sensibilisation, médiation).

## CONCLUSION : L'ASSOCIATION D'USAGERS DE DROGUES, UN PROCESSUS QUI SE CHERCHE

Le désir de mobilisation collective des usagers de drogues a pour objectif principal de regrouper des forces, des idées et des fonds, pour « sortir de leur situation » de toxicomane, suite aux nombreux échecs des projets de sevrage

entrepris individuellement. Le projet de regroupement collectif fait cependant face à plusieurs contraintes liées au temps disponible, au désir de ne pas dévoiler leur identité et à l'obstacle juridique. Or, si la préoccupation majeure est de sortir de la situation de toxicomanes, il reste que les objectifs de l'association après le sevrage ne sont pas élucidés clairement par les UDI, mis à part l'objectif de sensibilisation des jeunes. Néanmoins, ce projet donne un contenu à la notion d'auto-support, que les UDI se sont appropriée en lui associant un objectif qui correspond à leurs priorités.

Pour que le projet endogène soit acceptable par les institutions susceptibles de lui fournir des moyens d'existence, un accompagnement semble nécessaire pour la création de l'association de pairs, l'identification des objectifs et la mise en œuvre des activités, mais aussi pour que les UDI aient accès à un meilleur niveau d'information. Les usagers ne savent pas que le traitement de leur addiction (par la substitution à la méthadone, par exemple) peut durer toute une vie, de même que le VIH nécessite un traitement à vie. De plus, la sensibilisation des populations sur les drogues nécessite une connaissance de certaines techniques et la maîtrise des outils de communication ; autant d'éléments sur lesquels une formation est nécessaire.

Enfin, les associations décrites ne correspondent pas à la notion d'association de pairs qui suppose une communauté d'intérêts entre des personnes se mobilisant, pour eux et par eux, pour une cause les concernant. Elles sont plutôt dans le domaine de l'intervention pour des tiers (ANCS) ou dans le modèle d'associations initiées par l'institution médicale qui deviennent mixtes (ASPUD, ARSDR). Cette « mobilisation sous tutelle », qui ne correspond pas au schéma associatif souhaité par les UDI, peut néanmoins être analysée comme un moyen par lequel leur statut évolue d'une vision sociale négative de « coupables » à celle de « victimes ».

## BIBLIOGRAPHIE

Akrich M., Méadel C., Rabeharisoa V., 2009. *Se mobiliser pour la santé : des associations de patients témoignent*, Paris, Presses des Mines.

Barbot J., 2002. *Les malades en mouvements : la médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.

Broqua C., Jauffret M., 2004. « Les collectifs d'usagers dans les champs du sida et de la toxicomanie », *Médecine/Sciences*, 20, p. 475-479.

Cesoni M. L., 1992. « Les routes des drogues : exploration en Afrique subsaharienne », *Tiers-Monde*, 33, 131, p. 645-671.

CILD, 2005. *Rapport demande de traitement : projet volet base de données demande de traitement*, CILD-ONU/DC/GAP.

- Eboko F., Mandjem Y. P., 2011. « ONG et associations de lutte contre le sida en Afrique : incitations transnationales et ruptures locales au Cameroun ». In F. Eboko, F. Bourdier, C. Broqua (dir.), *Les Suds face au sida : quand la société civile se mobilise*, Marseille, IRD éditions, p. 205-230.
- Jauffret M., 2000. *L'auto-support des usagers de drogues en France : groupes d'entraide et groupes d'intérêt*, Documents du groupement de recherche Psychotropes, politique et société, 6.
- Laure P., 2004. *Les alchimistes de la performance : histoire du dopage et des conduites dopantes*, Vuibert, Paris.
- Leprêtre A., Bâ I., 2014. *Étude ANRS 1243 : rapport final. Enquête de prévalence et de pratiques à risques d'infection à VIH, VHC, VHB chez les usagers de drogues dans la région de Dakar (Sénégal)*, Dakar, CRCF.
- Mathers B. M. et al., 2008. "Global Epidemiology of Injecting Drug Use and HIV among People who Inject Drugs: A Systematic Review", *The Lancet*, 372, 9651, p. 1733-1745.
- Mbodj F. L., 2007. « Les associations de personnes vivant avec le VIH au Sénégal : genèse d'une participation décriée ». In M.-C. Diop, J. Benoist (dir.), *L'Afrique des associations : entre culture et développement*, Paris, Karthala, p. 215-229.
- ONU DC (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime), 1999. *The Drug Nexus in Africa*, www.unodc.org.
- ONU DC, 2009. *Rapport mondial sur les drogues*, www.unodc.org.
- ONU DC, 2012. *Rapport mondial sur les drogues*, www.unodc.org.
- ONUSIDA, 2011. *Guide de terminologie de l'ONUSIDA*, Genève, UNUSIDA.
- Pinell P., Broqua C., De Busscher P.-O., Jauffret M., Thiaudière C., 2002. *Une épidémie politique : la lutte contre le sida en France (1981-1996)*, Paris, PUF.
- Rabeharisoa A., Callon M., Démonty B., 2000. « Les associations de malades et la recherche : des self-help groups aux associations de malades », *Médecine/Sciences*, 16, 8-9, p. 945-949.
- Toufik A., 1997. « Continuité et rupture dans l'histoire de l'auto-support des usagers de drogues en Europe », *Prévenir*, 32, p. 127-150.
- Toufik A., Jauffret M., 1997. « Les groupes d'auto-support d'usagers de drogues », *Revue Toxibase*, 4, p. 1-23.





**HAL**  
open science

# Adaptations locales du traitement des addictions par la méthadone au Sénégal

Mouhamet Diop, Alice Desclaux

► **To cite this version:**

Mouhamet Diop, Alice Desclaux. Adaptations locales du traitement des addictions par la méthadone au Sénégal. Régulations, Marchés, Santé : interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique. Actes du colloque de Ouida, Bénin, Mars 2018, 2019. halshs-02099230

**HAL Id: halshs-02099230**

**<https://shs.hal.science/halshs-02099230v1>**

Submitted on 14 Apr 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Adaptations locales du traitement des addictions par la méthadone au Sénégal

**Diop Mouhamet (1), Desclaux Alice (2), Groupe d'étude CODISEN (3)**

1. Centre régional de recherche et de formation à la prise en charge clinique de Fann (CRCF), Dakar
2. IRD, TransVIHMI (IRD, INSERM, Université de Montpellier)
3. ANRS 12234, CEPIAD, CRCF, Dakar

### Introduction

La méthadone est promue à l'échelle mondiale comme un *médicament essentiel* dans le cadre des interventions *basées sur des preuves* pour traiter l'addiction à l'héroïne et réduire les risques d'infection par le VIH et les virus des hépatites. Elle a été utilisée à partir de 1960, et surtout des années 1980, comme traitement de substitution aux opiacés (TSO) chez les consommateurs d'héroïne. Son introduction récente au Sénégal dans le cadre d'un projet pilote et dans un contexte de gestion essentiellement répressive des drogues a nécessité de multiples adaptations.

Au 1<sup>er</sup> décembre 2014, le centre de prise en charge intégré des addictions de Dakar (CEPIAD) était inauguré avec l'objectif principal d'offrir une prise en charge globale aux personnes dépendantes de drogues dans le respect des droits humains. L'approche combine la réduction des risques (RDR : prévention par la sensibilisation et la mise à disposition de préservatifs, kits d'injection, méthadone, etc.), le dépistage et traitement des pathologies et des activités d'intégration ou de convivialité. Il s'agit du premier centre d'addictologie en Afrique de l'Ouest francophone qui propose la méthadone alors qu'en Afrique, seuls quelques programmes en Afrique de l'Est et en Afrique du Sud ont cette expérience (IDPC, 2018). En février 2017, 1112 dossiers de consommateurs de drogues injectables (CDI) ont été ouverts au CEPIAD dont 252 sont sous méthadone et environ 100 sont en attente d'être inclus dans le programme.

La dispensation de la méthadone repose sur une prise quotidienne en ambulatoire sur place afin d'assurer l'observance du traitement. Cette mesure est similaire aux modalités de dispensation dans le cadre de la stratégie DOT (Directly Observed Treatment) promue par l'OMS pour traiter la tuberculose dans les services de santé primaires (OMS, 1999). Dispensée au CEPIAD sous forme de sirop, la méthadone est délivrée sous contrôle d'un membre de l'équipe de la pharmacie, du lundi au vendredi de 9 heures à 13 heures.

L'emport de la méthadone à domicile les week-ends et jours fériés est expérimenté depuis septembre 2016.

En 2011, une enquête (Leprêtre *et al.* 2015)) avait permis d'estimer la taille de la population de CDI à 1324 personnes à Dakar ainsi que les prévalences du VIH à 5,2%, du VHC 23,3% et 7,9% pour le VHB, beaucoup plus élevées que dans l'ensemble de la population, montrant une épidémie d'hépatites C. Une équipe de terrain (dite équipe OUTREACH) a été mise en place dans l'objectif de développer des activités de prévention et d'établir des rapports avec les CDI. À cause de la prévalence du VIH et des besoins de santé exprimés par les CDI, un plaidoyer a été développé à partir de 2010 auprès des institutionnels, des partenaires financiers et techniques, surtout dans le champ de la lutte contre le sida, pour mettre en place un dispositif de prise en charge, ce qui a conduit à la construction et l'ouverture du CEPIAD, au sein du service de psychiatrie du CHU de Fann.

Les activités ont démarré en janvier 2015 et la dispensation de la méthadone en février 2015. Les éléments pris en compte pour faire le choix de la méthadone comme produit de substitution à l'héroïne sont l'expérience internationale et le contexte local (coût, structures de soins, prévalence et foyers). L'offre de soins comprend le traitement de substitution aux opiacés par méthadone, le conseil, la prise en charge addictologique, somatique et psychiatrique des dépendances, le dépistage et le traitement des pathologies en lien avec la consommation de drogues.

## Objectifs et méthode de l'étude

L'objectif de cette présentation est de décrire les adaptations locales du traitement par méthadone au CEPIAD en analysant notamment l'expérience et les appréciations des patients à propos de l'emport à domicile. Le terme *emport* est utilisé pour désigner le fait que le traitement n'est pas pris au CEPIAD, mais par la personne seule, hors de la supervision de l'agent de santé. Le terme "*adaptations locales*" désigne ici les adaptations des professionnels et des patients au CEPIAD en général et en particulier à l'emport à domicile. Le terme *patient* a été choisi par les anciens CDI sous méthadone pour leur désignation.

L'étude a utilisé la méthode de l'observation par immersion au CEPIAD. Elle relève de la partie anthropologique du projet multidisciplinaire Codisen (Cohorte de consommateurs de drogues injectables au Sénégal), qui teste un modèle intégré de soin et de prévention de l'addiction et des pathologies associées adapté aux CDI. Des entretiens semi-structurés approfondis, individuels et collectifs, ont été menés auprès de 59 patients. 51/59 étaient des hommes, la prédominance masculine étant rapportée dans plusieurs recherches sur l'usage de drogues en Afrique (OICS 2016). La population d'étude est composée d'adultes dont l'âge moyen est de 48 ans (23-68). Plus de la moitié des enquêtés ont un niveau scolaire égal ou supérieur au secondaire, dont 5 ayant fait des études supérieures. L'héroïne est la principale drogue consommée par la majorité des enquêtés et l'inhalation est la pratique la plus rapportée, suivie de l'injection. 57/59 patients prennent quotidiennement leur traitement méthadone à des doses comprises entre 40 et 170 mg. Leur durée du traitement est comprise entre une semaine et 26 mois à la date des entretiens.

## Adaptations locales du traitement par méthadone

### Adaptations des soignants

Les quatre médecins addictologues du CEPIAD sont des psychiatres qui ont suivi des formations en addictologie en France et au Maroc. Bien que l'addictologie soit considérée comme une branche de la psychiatrie, les pratiques du CEPIAD et du service de psychiatrie du CHU de Fann dont il dépend divergent sur plusieurs points. Pour obtenir la confiance du patient, la place qui lui est accordée est majeure, et selon un médecin, au CEPIAD : « On peut dire même que le pouvoir est entre les mains du consommateur ». (Dr JO, psychiatre addictologue). Il s'agit pour lui de « *se rapprocher davantage du patient [et c'est] surtout pour rompre la relation verticale entre soignant-soigné* ». Dans cette perspective, le port de blouse n'est pas systématique chez les addictologues du CEPIAD.. Ainsi, les pratiques, tout en étant proches de celles de la psychiatrie, sont spécifiques dans l'hôpital. Elles ont permis, en complément avec les formations de l'équipe addictologique et de l'équipe outreach, une rapide adaptation comme en témoigne ce médecin :

*C'est pourquoi nous n'avons pas eu de problème d'adaptation [pour] passer de la psychiatrie classique à l'addictologie actuelle.*

Le Sénégal s'est beaucoup inspiré de l'expérience du Maroc dans la prise en charge des usagers de drogues, complétée par l'approche communautaire de l'équipe de terrain issue des programmes VIH. L'équipe OUTREACH fait des visites de proximité dans les quartiers où vivent les consommateurs et mène des activités de RDR. Elle se focalise beaucoup sur les familles des consommateurs et bénéficie ainsi de leur soutien. Cette approche, différente ou presque inadaptée au Maroc où les consommateurs vivent dans des squats, permet de référer les CDI au CEPIAD. C'est au travers d'astuces et de « négociations » que les membres de l'équipe OUTREACH et de la pharmacie ont pu s'adapter au programme : certains membres du personnel avaient une perception assez erronée des usagers de drogues qui s'est modifiée progressivement à travers le temps et les contacts. You (équipe pharmacie) soutient : « *au début, j'agissais avec prudence, car je me disais que je suis en face de quelqu'un qui sort de la normale... Parfois, certains se présentent à la pharmacie avec agressivité et me mettent la pression, mais avec le vécu j'ai fini par les comprendre* ». Des valeurs sénégalaises telles que le *masla*, expression wolof signifiant la capacité de bien vivre avec les gens, de les tolérer et de se faire tolérer<sup>8</sup> ont aidé les membres du personnel à s'adapter au dispositif.

### Adaptations des patients

Les personnes rencontrées rapportent qu'elles se sont adaptées au traitement parce qu'elles y voient un intérêt à plusieurs niveaux : la méthadone leur a permis d'arrêter la drogue, de se consacrer à leur personne, de vaquer à leurs occupations et de raffermir les relations avec leur famille et leur entourage.

---

8 Communication personnelle de Massamba Guèye, docteur en Lettres, spécialiste de la littérature orale

*C'est parce qu'on sait que la méthadone est bien pour nous, et c'est meilleur que la vie qu'on menait avant qu'on s'est adapté au traitement au prix de notre vie. (Nina, F, 50 ans)*

*Si tu vois que dans la semaine on vient tous les jours sauf les week-ends, tu sauras que ceux-là se sont adaptés au traitement et c'est pour notre intérêt aussi. (Paco, H, 47 ans)*

Pour les patients, venir tous les jours au CEPIAD, y compris les jours fériés, représente un investissement en temps et un coût important qui limitent leurs possibilités de réinsertion familiale et sociale, surtout pour ceux qui habitent loin du centre (entre 16 et 20 km). Mais l'épreuve de l'état de manque, ou *sickness* selon leur terme, est un motif majeur pour s'adapter au traitement méthadone, comme en témoignent les propos suivants :

*Ce qui a facilité mon adaptation c'est que quand j'ai commencé le traitement, je me suis dit que quoi qu'il en soit, si tu prends la méthadone tu ne ressens plus de manque parce que si tu prenais de l'héroïne, si tu ne le prends pas ça va être dur, ça va attaquer tes jambes, ton dos, ta tête et puis si tu essaies de dormir tu n'y arrives pas. (Milk, H, 39 ans).*

Les patients estiment qu'ils s'adaptent bien aux effets physiques de la méthadone, quelques effets indésirables ressentis pour la plupart au début du traitement.

*Au début, ça t'angoisse un peu, il y a une réaction que ça fait dans ton organisme, mais au fil du temps tu t'adaptes, c'est une question d'habitude. (Baba, H, 34 ans).*

De façon générale, les patients se sont adaptés au traitement méthadone au vu des avantages comparés avec leur parcours de consommation, ponctué par la recherche effrénée de drogues et le vécu difficile de l'état de manque (*craving*). Ils se sont également approprié le dispositif et n'hésitent pas à dire : « *Le CEPIAD nous appartient* ».

## **L'emport de la méthadone à domicile**

### **Circonstances et conditions de mise en place**

Dès les premiers mois, l'emport de la méthadone à domicile est un besoin exprimé par les patients pris en charge au CEPIAD, qui a fait l'objet de débats entre le personnel de la pharmacie et les addictologues. Des manifestations religieuses telles que le Magal ou la Tabaski réduisent les activités pendant plusieurs jours à Dakar, entraînant l'absence des patients et des personnels. Après concertation, les soignants se rendent à l'évidence qu'il faut tenter et réussir cette expérience, à titre pilote vis-à-vis d'autres pays. Les modalités d'application sont discutées lors d'une réunion du personnel et l'emport est effectif le 11 septembre 2016 pour tous les patients les week-ends et les jours fériés. Il est décidé que l'emport serait possible 3 jours hors week-end ou 7 jours, pour les patients demandeurs et répondant aux critères suivants, définis par l'équipe d'addictologie :

- Stabilité dans le traitement méthadone pendant 6 mois (dose constante) ;
- Respect des règles de fonctionnement du centre ;
- Avoir un domicile fixe où les conditions de conservation et de sécurisation de la méthadone sont réunies ;

- Avoir un emploi stable.

La suspension ou l'arrêt de l'emport à domicile est appliqué aux patients :

- négatifs à la méthadone sur un test urinaire au retour au CEPIAD ;
- positifs à l'héroïne sur le test ;
- ne respectant pas les critères établis.

Par la suite, certains patients ont manifesté leur souhait de bénéficier de l'emport au quotidien pour pouvoir jeûner au mois de Ramadan, ce qui était favorable au personnel soignant. Les patients venaient ainsi du lundi au vendredi munis de leur flacon pour contenir leur dose de méthadone à emporter.

## **Perceptions de l'emport à domicile**

De nombreux patients apprécient positivement l'emport de la méthadone à domicile. En effet, la prise de méthadone au quotidien constituait une contrainte pour les patients et une charge de travail pour un personnel d'effectif limité. Chez les patients, l'emport de la méthadone permet de pouvoir se resocialiser dans leur famille et de s'investir dans leurs activités socio-professionnelles.

*L'emport est bien parce que le fait de ne plus venir les week-ends nous permettra de nous reposer, d'être avec la famille et d'aller voir les parents pour qu'ils puissent voir les changements. (Youssouf)*

*L'emport est bénéfique à tous points de vue. (Jean, 60 ans)*

Pour le personnel, il s'agit de réduire une charge de travail qui ne semble pas créer de bénéfice médical et de rendre possible la reprise des activités des patients.

*Le but initial du programme était de calmer la consommation et permettre aux patients de vaquer à leurs occupations. (Dr JO, psychiatre addictologue)*

Parmi les patients, dont la majorité suit les recommandations, certains ont développé des stratégies personnelles pour expérimenter le sevrage pendant la période d'emport. Alors que les soignants sont très prudents et considèrent que le traitement doit durer plusieurs mois ou plusieurs années pour éviter les rechutes, des patients souhaitent arrêter la méthadone au bout de quelques semaines. Certains d'entre eux rapportent avoir donné les doses de méthadone inutilisées à d'autres CDI en état de manque, à titre d'entraide entre usagers et anciens usagers.

## **Discussion et conclusion**

L'ouverture du CEPIAD au Sénégal a introduit un modèle de soins (RDR, méthadone) opposé à la gestion répressive antérieure des drogues, exigeant des adaptations de l'équipe soignante à de nouvelles missions et à une population de patients spécifiques, et des adap-

tations de ces patients à des contraintes liées à leur prise en charge médicale. Contrairement aux pays du Nord où le traitement par méthadone est disponible en gélule pour un suivi en relais par les médecins privés, les anciens CDI de Dakar sont limités dans la normalisation de leur vie quotidienne par la dispensation au CEPIAD. L'emport de la méthadone à domicile, indispensable à la réinsertion, est apparu comme une solution pragmatique face à des contraintes de déplacement et de présence au CEPIAD hors des horaires de travail officiels, trop lourdes pour les patients et pour l'équipe. Cette « innovation locale » n'a pu être mise en place que parce que professionnels et patients avaient établi de multiples adaptations réciproques, en décalage ou rupture avec les autres services de l'hôpital. Les contraintes autour du médicament qu'est la méthadone ont « accéléré » le processus d'adaptation réciproque, conduisant à cette innovation sénégalaise.

## Références

- Document d'information de l'IDPC, « La prévention du VIH parmi les usagers de drogues en Afrique de l'Est », septembre 2018
- LEPRETRE A *et al.* (2015), Prevalence and behavioural risks for HIV and HCV infections in a population of drug users of Dakar, Senegal: the ANRS 12243 UDSEN study. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26004637>
- NDIONE A.G. (2016), Le traitement des usagers de drogues au Sénégal, la médicalisation d'une déviance sociale. ETHOS/FLSH université Cheikh Anta Diop.
- Rapport, OICS, 2016.
- Stop TB at the source. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1999

## Remerciements

- À l'équipe du CEPIAD et de CODISEN
- Aux participants à l'étude



**HAL**  
open science

# La prise en charge des consommateurs de drogues injectables à Dakar: succès et échecs de la méthadone vus par les patients et les soignants

Rose André Faye, Alice Desclaux

## ► To cite this version:

Rose André Faye, Alice Desclaux. La prise en charge des consommateurs de drogues injectables à Dakar: succès et échecs de la méthadone vus par les patients et les soignants. Régulations, Marchés, Santé: interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique. Actes du colloque de Ouida, Bénin, Mars 2018, 2019. halshs-02099232

**HAL Id: halshs-02099232**

**<https://shs.hal.science/halshs-02099232>**

Submitted on 14 Apr 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## **La prise en charge des consommateurs de drogues injectables à Dakar : succès et échecs de la méthadone vus par les *patients* et les soignants**

**Faye Rose André (1), Desclaux Alice (2), Groupe d'étude CODISEN (3)**

1. Lasap/Ethos-Ucad, CRCF, TransVIHMI, Dakar, Sénégal

2. IRD, TransVIHMI (IRD, INSERM, Université de Montpellier), France

3. ANRS 12234, CRCF, CEPIAD, Dakar, Sénégal

### **Introduction**

En 2011, une enquête objectivait la présence de 1324 consommateurs de drogues injectables (CDI) à Dakar. (Leprêtre et al ; 2015). Cette enquête a également montré que cette population est exclue des soins, très vulnérable et hautement exposée au risque de contamination par le VIH et les hépatites, notamment B et C. Les premières activités d'information révélaient une demande de soin de la plupart des CDI. En décembre 2014, le Centre de prise en charge des Addictions de Dakar (CEPIAD) a été mis en place par le service de psychiatrie avec l'appui du service des maladies infectieuses de l'hôpital Fann. Depuis fin janvier 2015, le centre propose aux CDI un programme de soins et de Réduction des Risques (RDR) pour les VIH, VHB, VHC, incluant un traitement de substitution aux opiacés (TSO) pour l'héroïne par méthadone. En février 2018, 1112 dossiers de patients ont été ouverts au CEPIAD, 252 patients sont inclus dans le programme méthadone et environ 100 sont en attente. Depuis 2016, le CEPIAD est soutenu par le projet CODISEN (Cohorte de Consommateurs de Drogues Injectables au Sénégal) qui étudie un modèle de soins et de prévention de l'addiction et des pathologies associées adapté aux CDI. Le projet associe des volets clinique, addictologique et socio-anthropologique. L'objectif de cet article est d'analyser les convergences et divergences d'appréciation de la méthadone.

## L'enquête

Trois méthodes qualitatives ont été utilisées : des observations au CEPIAD et pendant les *clubs méthadone*<sup>1</sup>, des entretiens individuels approfondis et des entretiens collectifs. La plupart des patients interviewés ont été repérés dans les fichiers de CODISEN et du CEPIAD. Des entretiens ont été menés auprès du personnel de soin. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits, nettoyés et anonymisés. La présentation se base sur 4 entretiens collectifs et 34 entretiens individuels avec des patients sous méthadone, et 6 entretiens auprès du personnel de soin. Une analyse de type inductif nous a permis de dégager des thématiques importantes et de relever les propos relatifs aux perceptions du traitement par la méthadone.

Les entretiens individuels ont concerné 33 anciens CDI sous méthadone. Parmi eux, nous avons interrogé 15 personnes sans autre problème de santé que la dépendance, 4 personnes vivant avec le VIH, 8 positives au VHB, 5 positives au VHC, 1 co-infectée par le VIH et le VHC. Les entretiens collectifs ont été réalisés auprès de 36 personnes, la plupart sous méthadone, et une sous traitement pour la cocaïne. L'âge des répondants est de 41 ans en moyenne. Six soignants du CEPIAD ont été interrogés : deux addictologues, une infirmière surveillante du service, une médiatrice membre de l'équipe Outreach, un assistant social, un membre de l'équipe de la pharmacie.

L'approche théorique combine l'anthropologie de la santé et la sociologie en considérant la médicalisation de la consommation de drogues injectables. Elle stipule que la médicalisation marque l'identité d'une personne et lui fait porter un « rôle social de malade » (Herzlich 1984). La prise de méthadone ne signifie pas l'arrêt définitif de la consommation de drogues autres que l'héroïne injectable. Aussi, nous examinons si (et comment) la notion de « rôle de malade » peut s'adapter aux CDI qui, en traitement pour l'addiction, gardent des liens avec ces pratiques et le « milieu » des CDI.

---

1 Les italiques signalent les termes et concepts émiques utilisés par les personnes elles-mêmes, y compris dans le titre.

## Le traitement par la méthadone vu par les *patients*

D'emblée, notre recherche montre que les CDI sous traitement méthadone au CEPIAD définissent leur état actuel comme une maladie. Une enquête spécifique révèle qu'ils préfèrent être désignés par le terme *patient* plutôt qu'*ex-CDI*. Ils disent que ce terme peut être toléré hors du CEPIAD, car ils n'ont pas et ne proposent pas d'autre terme pour désigner un consommateur qui se soigne, et qui vient d'arrêter la consommation de drogues injectables ; de plus, les termes *junky* ou *drogué* sont stigmatisants. Cette préférence atteste de la médicalisation de leur perception : « *Nous préférons le terme patient parce que nous venons tous les jours à l'hôpital prendre un traitement* » (Daly, 59 ans)<sup>2</sup>. « *Moi je me considère comme un patient parce que je suis en train de prendre le traitement méthadone. (...) Le terme qui me convient le plus est 'patient' parce que je veux exclure le mot 'drogue' de ma vie* » (Pape, 61 ans).

La représentation que se font les répondants de leur état actuel est importante puisqu'elle sert de référence dans les discours sur les perceptions des succès et des échecs du traitement par la méthadone. Les perceptions sont ici définies comme des représentations sociales qui contribuent activement à la construction sociale de la réalité (Jodelet 2003) et sont un des déterminants du comportement. Si la mise en place du dispositif de prise en charge a fait passer la population d'usagers de drogues de la catégorie de *déviants* à celle de *malades*, comme l'a montré Ndione (2016), il est important maintenant de rendre compte des différentes perceptions au CEPIAD.

### Les succès

Pour être admis dans le programme méthadone du CEPIAD, il faut obéir à un certain nombre de critères. Le patient doit habiter la ville de Dakar et doit venir impérativement à trois rendez-vous pour des consultations avec l'addictologue, le médecin somaticien et l'assistant social. Des examens complémentaires (un bilan sanguin, des sérologies, la radio pulmonaire, etc.) doivent être réalisés. Une fois tous ces éléments obtenus, un comité hebdomadaire prend une décision sur l'opportunité d'inclure le patient dans le programme de TSO. Certaines demandes sont privilégiées, notamment celles des injecteurs, des femmes et des jeunes qui ont une dépendance sévère. La méthadone dispensée au CEPIAD est délivrée sous forme de sirop, sous contrôle d'un membre de l'équipe de la pharmacie, du lundi au vendredi de 9 h. à 13 h. *L'emport à domicile* est pratiqué les week-ends et jours fériés depuis septembre 2016. Parmi les 252 CDI inscrits au programme en février 2018, 177 (70%) suivent régulièrement leur traitement.

La plupart des patients interrogés perçoivent le traitement par méthadone comme bénéfique pour leur état de santé et leur adaptation sociale. C'est pour eux un traitement *miracle* qui leur assure une *sortie des drogues* : « *En prenant la méthadone, on ne pense plus à l'héroïne. (...). Je préfère être addict à la méthadone qu'être qu'addict à l'héroïne* » (Sokhna, 49 ans).

La méthadone a permis à nombre d'entre eux de retrouver une stabilité familiale, de sortir d'un style de vie marqué par la délinquance ou la prostitution : « *Tu as plus le temps de prendre soin de toi, de rester en famille, tu retrouves la vie sociale normalement* » (Sokhna, 49 ans).

2 Les prénoms utilisés dans cet article sont fictifs, selon le principe de confidentialité.

« *La méthadone est efficace... Parce que ces gens qui sont là ne portaient pas de bons habits, ils qué-mandaient, ils ressemblaient à des fous. Maintenant, je les vois porter des habits propres, ils discutent avec les gens aussi* » (Daly, 59 ans). « *La méthadone, c'est quelque chose de bien... ça m'arrange parce que je ne pense plus à sortir le soir (prostitution) pour avoir de quoi chercher de la drogue* » (Amy, 38 ans).

La délivrance quotidienne du traitement de substitution a permis à certains de se constituer une nouvelle famille, de créer et de renforcer des liens d'amitié entre les patients : « *Nous continuons à venir au CEPIAD non pas pour la méthadone, mais la plupart d'entre nous rencontrent les seuls amis qu'ils ont ici* » (Sékou, 41 ans).

## Les limites

Par ailleurs, des appréciations négatives ont été recueillies. Les patients déplorent certains effets indésirables tels que « *constipation et insomnie* » en début de traitement, d'autres se plaignent « *d'une baisse de la libido* ». Le système de dispensation quasi quotidienne de la méthadone est critiqué par la majorité d'entre eux : « *Venir prendre la méthadone tous les matins nous place dans le même rythme que l'achat quotidien de la drogue* » (Sogui, 26 ans).

Après plus de deux ans de traitement, certains patients se perçoivent dépendants de la méthadone et réclament une diminution progressive de leur dose en vue de sortir du programme : « *Maintenant, on ne peut plus parler de dépendance, peut-être de dépendance à la méthadone et ça c'est un combat que je mènerai avec les médecins qui m'entourent* » (Yérim, 60 ans). De nombreux patients estiment que les horaires de dispensation créent des difficultés et réclament au moins l'empport hebdomadaire de la méthadone.

## Le traitement méthadone vu par les soignants

### Les succès

De manière globale, le personnel de soin du CEPIAD apprécie le TSO par méthadone qui est, selon eux, un modèle innovant. Ils ont constaté une amélioration de l'état physique et mental de nombreux patients, une maîtrise de l'addiction avec une re-socialisation (re-mariage, emploi). Le nombre de décès par an dans cette population d'anciens CDI a diminué : « *Il faut saluer l'arrivée de ce programme méthadone parce que avant on avait beaucoup de cas de décès, par exemple quand on a commencé nos activités en 2011 avant l'arrivée de la méthadone on avait enregistré 29 cas de décès, les années d'après on s'est retrouvé à 2 ou 3 cas de décès par an* » (Dr Adama, addictologue CEPIAD). Par ailleurs, le TSO par méthadone s'inscrit dans une approche de réduction des risques et permet de lutter contre les pathologies infectieuses comme le VIH et les hépatites : « *C'est une population vulnérable au VIH, hépatites, TB, le programme a permis à certains d'être pris en charge* » (Safiétou, infirmière CEPIAD).

## Les limites

Parmi les 252 patients inclus dans le programme méthadone, 61 (25%) ne suivent plus leur traitement pour diverses raisons : « *Il y a des gens qui ont été arrêtés et incarcérés parce que comme vous le savez nous sommes dans un contexte légal qui est répressif par rapport à l'usage de drogues. Il y a aussi les perdus de vue, parfois on ne sait pas s'ils sont arrêtés, s'ils ont voyagé ou voilà... s'ils ont fait le choix d'abandonner tout simplement* » (Dr Adama, addictologue CEPIAD). Au Sénégal, la méthadone n'est pas encore autorisée en prison. Néanmoins, le service social du CEPIAD a mis en place un système d'accompagnement juridique qui permet de faire une médiation dans les maisons d'arrêt afin que les patients incarcérés puissent bénéficier d'une prise en charge des symptômes de manque. La majorité de ces patients ne reviennent pas au CEPIAD à leur sortie de détention.

Les addictologues estiment que les patients imputent tous leurs problèmes somatiques à la méthadone, et cela rend le suivi difficile. D'autre part, le protocole ne prévoit la sortie du traitement qu'au terme d'une diminution très progressive des doses, par paliers sur plusieurs années, afin d'éviter les rechutes. Face aux réclamations des patients de sortir du programme de traitement dès qu'ils se sentent mieux, les médecins accordent à certains une diminution progressive de leur dose selon des critères tels que : patient régulier, pas de poly-consommation, stabilité psychique et sociale. Les médecins sont prudents, car les tests urinaires montrent que les patients ont parfois repris des consommations de drogues, et le CEPIAD ne dispose pas de salle d'hospitalisation en cas d'urgence somatique ou psychiatrique comme un état de manque.

Les soignants considèrent également que les ressources du centre sont limitées et la charge de travail élevée. Il n'y a pas de planning pour le suivi régulier des patients : « *Nous devons faire des séances de psychothérapie régulières pour éviter les re-consommations... mais nous avons des agendas chargés et peu de salles de consultation* ». (Dr Jo, addictologue CEPIAD). Enfin, les soignants sont sans cesse confrontés à des plaintes, car les patients ne sont pas bien perçus au niveau de l'hôpital (perturbations, bagarres, consommations de cannabis aux alentours), et ils doivent constamment défendre le bien-fondé du programme.

## Discussion et conclusion

La méthadone fait l'objet de perceptions ambivalentes par les patients et par les soignants. Les patients valorisent ses effets thérapeutiques qui leur permettent de sortir des contraintes et risques quotidiens de la vie sous dépendance à l'héroïne. Mais les inconvénients de la dispensation (surtout les prises nécessitant de venir à l'hôpital) créent le désir d'être sevré rapidement de la méthadone ; de plus, le retour à la santé suscite d'autres demandes auxquelles un service de soins ne peut pas toujours répondre, comme celle d'être accompagné vers une réinsertion professionnelle. Les soignants apprécient l'impact collectif de la méthadone, mais ils subissent (1) les contraintes liées à la dispensation dans un contexte de soins aux ressources limitées -récemment accrues par l'obligation de replier

leurs activités dans une partie réduite du bâtiment du CEPIAD ; (2) les besoins spécifiques, irréguliers, de cette population en matière d'accompagnement psychologique ; (3) la gestion de la sortie du traitement qui repose sur des décisions difficiles au vu des éléments psychosociaux, que les patients ne perçoivent pas toujours ; (4) les critiques d'autres services de l'hôpital qui n'ont pas fait le travail d'adaptation réalisé par les soignants du CEPIAD et ne considèrent pas les anciens CDI comme des *patients*, mais comme des *déviants*.

## Références

- HERZLICH C. (1984). Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social. In M. Augé et C. Herzlich (Eds.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp. 189-215). Paris (France): Éditions des archives contemporaines.
- JODELET D. (2003), *les représentations sociales*, 7<sup>e</sup> ed, Paris, presses universitaires de France
- LEPRETRE A *et al.* (2015), Prevalence and behavioural risks for HIV and HCV infections in a population of drug users of Dakar, Senegal: the ANRS 12243 UDSEN study. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26004637>
- NDIONE A.G. (2016), Le traitement des usagers de drogues au Sénégal, la médicalisation d'une déviance sociale. ETHOS/FLSH université Cheikh Anta Diop.

## Remerciements

- Aux participants à l'étude
- Aux équipes CEPIAD et CODISEN

# THE CONVERSATION

L'expertise universitaire, l'exigence journalistique

## Usagers de drogues et Covid-19 : Comment réduire la surpopulation carcérale en Afrique de l'Ouest ?

19 juillet 2020, 21:10 CEST



Un centre de détention préventive en Guinée Bissau pour les trafiquants de drogue. Laurence Bouteux/AFP

### Auteurs



#### Albert Gautier Ndione

Socioanthropologist, post-doctorate, Institut de recherche pour le développement (IRD)



#### Alice Desclaux

Anthropologue de la santé, Institut de recherche pour le développement (IRD)



#### Idrissa Bâ

Psychiatre addictologue, coordonnateur du Centre de Prise en Charge Intégré des Addictions de Dakar (CEPIAD), Enseignant-chercheur, Université Cheikh Anta Diop de Dakar



#### Khoudia Sow

Chercheuse en anthropologie de la santé (CRCF), Institut de recherche pour le développement (IRD)



#### Mbissane Ngom

16/02/2021 20:00

Directeur de l'UFR de Sciences juridiques  
et politiques, Université Gaston Berger



**Mouhamet Diop**

Doctorant en socio-anthropologie,  
assistant de recherche, Projet CODISEN-  
ANRS 12334, Université Assane Seck de  
Ziguinchor

Depuis la déclaration de guerre à la drogue par Nixon, les conventions internationales se sont succédé avec pour point commun la criminalisation de l'usage et du trafic des drogues. Dans de nombreux pays, des structures et des lois pénalisant l'usage et la détention de drogues ont été mises en place. L'échec de cette stratégie a été largement dénoncé au niveau international. La Commission ouest-africaine sur les drogues (WACD) considère que cette approche pèse lourdement sur les systèmes pénaux déjà surchargés de la région.

De plus, l'emprisonnement expose sur le plan sanitaire des personnes déjà rendues vulnérables par la consommation de drogues. Beaucoup de prisons en Afrique sont connues de longue date pour leur insalubrité, leur délabrement et leur exigüité et le manque d'hygiène corporelle des détenus. Leur situation a empiré du fait notamment de la surpopulation carcérale : le taux d'occupation moyen, de 141 % dans 16 pays africains en 2002, est de 156 % en Guinée Conakry et de 189 % au Burkina Faso en 2020.

Depuis les années 2000, la population carcérale a augmenté de 24 % au niveau mondial et de 29 % en Afrique. Dans le monde, plus de 2 millions de personnes (sur 11 millions) sont en prison pour des infractions liées à la drogue, dont 83 % pour possession de drogue à usage personnel.

Au Sénégal, 61 % des usagers de drogues ont déjà été incarcérés. Selon une enquête de l'Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD) de 2016, les deux principaux motifs d'incarcération sont le vol et le recel (31,8 %) et la détention, l'usage et le trafic de drogue (31,1 %). La population carcérale sénégalaise a doublé durant les quinze dernières années, ce qui s'explique, entre autres, par une loi criminalisant la possession et la vente de cannabis. Dans le cadre d'un projet de recherche sur les dynamiques sociales à l'œuvre autour de la réduction des risques au Sénégal, notre équipe s'est interrogée sur les rapports entre la répression visant l'usage de drogues, la surpopulation carcérale et le risque épidémique en prison et à l'extérieur au temps du



Covid-19.

## Risques liés à la surpopulation carcérale en contexte de Covid-19

Depuis la publication le 23 mars 2020 des recommandations de l'OMS sur la gestion du Covid-19 par les établissements carcéraux, plusieurs organismes internationaux (Amnesty International, Organisation mondiale contre la torture ou encore Prison Insider) ont lancé des alertes en Afrique à propos de l'exposition des prisons surpeuplées.



Guinée : Visite dans la prison de Conakry.

Un collectif d'ONG, dans leur déclaration

conjointe à l'adresse des gouvernements des États membres de l'Union africaine et des organisations internationales de défense des droits

humains en Afrique, invite, par des mesures de grâce présidentielle, à libérer les détenus qui arrivent au terme de leur peine, ceux qui sont dans la tranche d'âge à risque et ceux poursuivis pour délits mineurs.

Le collectif recommande également la suspension des gardes à vue et de la détention préventive.

L'OMCT et les membres du réseau SOS-Torture en Afrique demandent l'adoption de mesures urgentes pour protéger les détenus et le personnel pénitentiaire en décongestionnant les prisons. Ils recommandent aussi l'approvisionnement des prisons en eau, savon et équipements permettant de tester les visiteurs et les nouveaux incarcérés.

Ces appels ont rencontré un écho favorable dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest francophone où des associations et ONG locales (REJADD-Togo, APDH-Côte d'Ivoire) se sont mobilisées pour porter

la voix des prisonniers en signant des déclarations conjointes ou en faisant circuler des pétitions.

Au Sénégal, la division médico-sociale de l'administration pénitentiaire a alerté le ministère de la Santé sur les risques de contamination dans les prisons et sur l'urgence à y prendre des mesures de contrôle médical et d'hygiène.

## **Mesures prises pour gérer les risques dans les prisons**

Une revue de presse sur les prisons en Afrique de l'Ouest francophone en contexte de Covid-19 montre que les nombreuses mesures prises sont de deux ordres.

La mesure phare observée dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest francophone (sauf en Mauritanie) est la libération de prisonniers (411 au Bénin, 1207 au Burkina Faso, 2004 en Côte d'Ivoire, 42 en Guinée, 1200 au Mali, 1540 au Niger, 2036 au Sénégal, 1048 au Togo). Dans l'ensemble de ces pays, notamment au Bénin, au Burkina Faso et au Niger, les remises de peine ont été basées sur des critères relatifs à l'âge, l'état de santé, la durée restante de la peine, le comportement en prison et le statut (avoir été jugé ou condamné).

D'autres mesures ont été mises en place dans les prisons :


- suspension des visites (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Niger, Togo, Sénégal) ;
- ouverture de lignes téléphoniques pour appeler les proches (Burkina Faso, Sénégal, Togo) ;
- mise en quarantaine des nouveaux arrivants (Bénin, Côte d'Ivoire, Sénégal) ;
- dotation en matériel de protection par des associations ou ONG (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Sénégal, Togo) ;
- mise en place de dispositifs de lavage des mains (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire), de prise de température (Burkina Faso) et de dépistage en prison (Côte d'Ivoire, Guinée, Togo) ;
- port de masque pour les détenus et les visiteurs (Bénin, Burkina Faso)

Comment ces mesures s'insèrent-elles dans la gestion de la santé des prisonniers et de la démographie carcérale ?


## **La prévention du Covid-19 et l'état de santé des personnes incarcérées**

Les conditions sanitaires en prison dans bon nombre de pays africains sont décrites comme déplorables : manque d'accès aux soins, fréquentes épidémies de gale ou de paludisme, absence de soins en santé mentale... Les difficultés d'accès à l'eau et la malnutrition qui provoquent des carences

telles que le bérubéri renforcent la vulnérabilité sanitaire des détenus observés à leur entrée en prison. Comme au niveau mondial, les prisonniers sont plus touchés par le VIH, les hépatites virales et la tuberculose que les communautés dont ils sont issus, et le taux de mortalité des détenus est particulièrement élevé. Les services sanitaires de l'administration pénitentiaire ne sont pas à la hauteur des besoins et la santé des détenus dépend le plus souvent de l'existence de programmes humanitaires.





**Le Monde Afrique**  
@LeMonde\_Afrique



« On dort par terre, entassés dans les cellules. Quand il n'y a pas assez de place, des détenus vont dormir dans les latrines et, le matin, on doit les enjamber. » [#COVID19](#) : dans les prisons surpeuplées de RDC, un risque de contaminations en chaîne

Coronavirus : dans les prisons surpeuplées de RDC, un risque de cont...  
Des cas de Covid-19 ont déjà été détectés dans les établissements pénitentiaires du pays où la promiscuité et le manque d'hygiène sont l...  
[lemonde.fr](#)

11:18 AM · May 11, 2020

 25  29  Copy link to Tweet

Les intervenants en prison ont rappelé la vulnérabilité des détenus face au Covid-19 dans un contexte où la distanciation physique ne peut pas être appliquée. Les mesures n'ont pas évité des cas d'infection (60 en Côte d'Ivoire, 86 en Guinée, 8 au Sénégal et 150 au Togo) et de décès (2 en Guinée) dus au Covid-19, lequel est venu s'ajouter à la liste des risques vécus par les prisonniers.

Qui plus est, ces mesures, vécues comme contraignantes, ont pu provoquer des protestations (chez les prisonniers et les agents pénitenciers), car elles les ont forcés à rompre le lien avec les familles, lesquelles répondent habituellement à une bonne partie des besoins des prisonniers. La sécurité sanitaire dans les prisons, qui n'est pas garantie pour l'épidémie actuelle, ne pourra pas être renforcée sans une amélioration des services sanitaires et une réduction de la surpopulation.

Pour améliorer la gestion des populations carcérales et, de ce fait, leur santé et la sécurité sanitaire globale, les mesures de désengorgement ne doivent pas être limitées au temps d'une épidémie, pour revenir ensuite aux défaillances initiales. Le Sénégal a opté pour l'utilisation du bracelet électronique comme mode d'aménagement des peines. Critiquée ailleurs pour l'atteinte à l'intimité de la vie privée, cette mesure a été adoptée par l'Assemblée nationale et inscrite dans le code de procédure pénale, une avancée par rapport aux mesures telles que la grâce présidentielle dont les critères ont été largement contestés.

## **Soigner les usagers des drogues pour améliorer la sécurité sanitaire des populations ?**

Malgré leur proportion élevée dans la population carcérale, aucune mesure prise actuellement dans les prisons d'Afrique de l'Ouest francophone ne concerne spécifiquement les usagers de drogues. Or, la situation imposée par le Covid-19 peut être une opportunité pour mieux gérer la surpopulation carcérale de manière durable en appliquant les recommandations du WACD qui enjoint les gouvernements de l'Afrique de l'Ouest à :

- Traiter l'usage de drogues comme un problème de santé publique avec des causes et des conséquences socio-économiques, plutôt que de le confier à la justice pénale ;
- Élaborer, réformer et/ou harmoniser les législations sur les drogues en se fondant sur les normes minimales existantes ou en cours d'élaboration, et poursuivre la décriminalisation de l'usage de drogues et des infractions mineures et non violentes.

Ces recommandations, en privilégiant la médicalisation plutôt que la criminalisation, proposent de gérer un problème jusqu'à présent mal conceptualisé quand on traite une addiction par une peine de prison. La criminalisation de la consommation de drogues a eu pour corollaire le surpeuplement carcéral. Pour gérer ce facteur d'insécurité sanitaire et pour éviter que les prisons ne deviennent des foyers épidémiques, une réorientation des politiques répressives de la consommation de drogues qui, par ailleurs, ont montré leurs limites paraît s'imposer aujourd'hui.

*Sous la direction de  
Alice Desclaux, Aïssa Diarra  
et Sandrine Musso*

# **Guérir en Afrique**

**Promesses et transformations**

**L'Harmattan**

DEVENIR CLEAN

VOIES ET FORMES DE LA GUÉRISON DE L'ADDICTION  
CHEZ LES CONSOMMATEURS D'HÉROÏNE ET DE COCAÏNE  
AU SÉNÉGAL

Albert Gautier Ndione \*, Alice Desclaux \*\*

De manière générale, la « guérison » des addictions fait toujours l'objet de débats en médecine, aucune stratégie thérapeutique n'ayant prouvé de manière absolue son efficacité face à des dépendances qui, dans le cas des drogues injectables, impliquent des composantes comportementales, psychologiques et psychiatriques, pharmacologiques et biocliniques. L'addictologie, un champ disciplinaire qui rassemble des connaissances sur les consommations et les moyens « d'en sortir », met en avant la dimension contextuelle des traitements, en considérant que le milieu de vie et de consommation est un déterminant essentiel de la sortie de la dépendance et de la capacité à « ne pas replonger ». Depuis quelques années, des projets pilotes de prise en charge sont proposés aux consommateurs en Afrique, alors que la circulation de drogues injectables émerge sur ce continent, jusqu'à présent exempt des consommations de masse observées par exemple en Asie. Pour comprendre les voies et formes de la « guérison » des addictions aux drogues injectables telles que l'héroïne et la cocaïne, il est donc important de commencer par présenter cette double dynamique de circulation des produits et des modes de réponse en Afrique, au travers des travaux des sciences sociales consacrés à ce sujet, avant d'aborder plus précisément les questions que pose la « guérison ».

---

\* Socio-anthropologue, post-doctorant CRCF-ANRS, enseignant- vacataire au département de sociologie et d'anthropologie, université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.

\*\* Anthropologue, directrice de recherche IRD, TransVIHMI, IRD, INSERM, université de Montpellier & CRCF, Dakar, Sénégal.

## CIRCULATION DES PRODUITS ET DES RÉPONSES EN AFRIQUE

La description du rapport que l'Afrique de l'Ouest a entretenu avec les drogues et le rôle qui lui a été attribué dans la littérature en sciences sociales ont varié suivant les époques et les disciplines. D'emblée, les écrits se sont focalisés sur le trafic qui, dans les années 1980, est devenu une réalité dans plusieurs pays d'Afrique, au point de rester longtemps le principal objet de recherche (Fottorino, 1991 ; Cesoni, 1992). La circulation d'héroïne et de cocaïne aurait débuté dans les années 1980, quand des circuits d'approvisionnement de l'Europe par l'Amérique latine ont mis à profit la faiblesse de certains États côtiers en Afrique de l'Ouest pour créer de nouvelles routes (notamment par la Guinée-Bissau, le Sénégal et le Mali) (UNODCCP, 1999 ; Csete & Sanchez, 2013 ; WACD, 2014). Au début des années 2000, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) rapporte que les troubles civils et les guerres, la pauvreté, le VIH/sida, la criminalité et la corruption dans certains pays ont maintenu l'Afrique dans une position de vulnérabilité face au trafic de drogues (OICS, 2001).

Les débuts de la consommation des drogues de synthèse en Afrique de l'Ouest sont datés des années 1980, corrélés à la circulation des produits et à la création de nouveaux marchés de consommation pour écouler le surplus d'opiacés hors des pays occidentaux (Fottorino, 1991 ; OICS, 2016). En 1999, le rapport « The Drug Nexus in Africa » de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) indiquait que le trafic et la consommation de cannabis, mais aussi de cocaïne, d'héroïne et d'autres drogues, étaient en expansion sur le continent africain. Entre 2008 et 2012, le nombre d'utilisateurs de drogues par voie intraveineuse est estimé entre 534 000 et 3 000 000 en Afrique subsaharienne (Mathers *et al.*, 2008 ; ONUDC, 2013). En 2017, selon l'OICS, 11 % des consommateurs d'opiacés dans le monde vivent en Afrique, dont plus de la moitié en Afrique de l'Ouest et centrale (OICS, 2017).

De par sa position géographique avancée dans l'océan Atlantique, Dakar est considérée comme la principale ouverture des pays sahéliens enclavés, ce qui explique son implication dans les circuits internationaux de trafic de drogues — cocaïne et héroïne principalement (Facy *et al.*, 1996). En 2003, une enquête du Comité interministériel de lutte contre la drogue montre la diffusion de l'usage de la cocaïne/crack et de l'héroïne ainsi que le recours à la voie intraveineuse dans plusieurs régions du Sénégal (CILD, 2003). En 2008, l'usage de drogues injectables se confirme dans le pays, classé par l'ONUDC dans la catégorie des pays à faible prévalence de consommation, avec un effectif de 1 000 à 10 000 consommateurs de drogues par voie intraveineuse (ONUDC, 2009). En 2011, une enquête estime à 1 324 individus (IC 95 % : 1281-1367) le nombre de Consommateurs de drogues injectables (CDI) qui vivent à Dakar (Leprêtre & Ba, 2013).

Les dispositifs de prise en charge de l'addiction ouverts aux consommateurs de drogues (héroïne, cocaïne/crack) sont très peu nombreux en Afrique. Aussi, la littérature en sciences sociales et médicales à cet égard est-elle très limitée, à l'inverse des pays du Nord. Dans ces pays, les publications sur les interventions auprès des consommateurs de drogues abordent notamment : l'acceptabilité de la réduction des risques (Jauffret-Roustide, 2011 ; Jauffret-Roustide *et al.*, 2013 ; Van den Berg *et al.*, 2007 ; Treloar & Rance, 2014), l'observance des traitements substitutifs par la méthadone (Karakiewicz *et al.*, 2004 ; Verthein *et al.*, 1998), et les effets au long cours en termes de santé et de réinsertion sociale des dispositifs de traitement des addictions (Wandeler *et al.*, 2012 ; Van den Berg *et al.*, 2007 ; Jauffret-Roustide *et al.*, 2013). D'autres travaux se sont intéressés aux parcours socio-sanitaires des consommateurs de drogues et au développement de savoirs expérientiels (Ogien, 1994 ; Lovell, 2001 ; Dos Santos, 2017) qui sont parfois mobilisés lors des expériences de sortie de la toxicomanie (Castel *et al.*, 1998) ou qui sont revendiqués au sein des groupes d'auto-support (Jauffret-Roustide, 2009).

En Afrique, seuls les projets pilotes au Kenya, en Tanzanie et en Côte d'Ivoire ont fait l'objet de publications, qui portent sur le traitement à base de méthadone et sur la vulnérabilité des consommateurs de drogues face au VIH, VHC, VHB et autres infections (Bouscaillou *et al.*, 2014 et 2016 ; Kurth *et al.*, 2015 ; Rhodes *et al.*, 2015a ; Rhodes & Abdool, 2016 ; Zamudio-Haas *et al.*, 2016). Au Kenya, Rhodes a montré que la méthadone devenait symbole d'espoir et de capacité de sortie de la toxicomanie aux niveaux individuel et communautaire (Rhodes *et al.*, 2015b). Toutefois, ces publications n'ont pas abordé la question de la « guérison ».

Au Sénégal, un dispositif de prise en charge intégrée (addictologique, clinique, psychiatrique et sociale) pour les consommateurs de drogues a été mis en place à partir de 2014 dans un contexte où ceux-ci sont longtemps restés en quête de traitement. Certains d'entre eux rapportent avoir expérimenté des modes de sevrage qui, le plus souvent, n'ont pas donné le résultat escompté. Cette initiative conduit à questionner les pratiques et recours pour le sevrage des addictions chez les consommateurs de drogues à Dakar, et les effets perçus du nouveau dispositif de traitement par rapport aux « voies » déjà utilisées.

## PROPOS ET CADRE CONCEPTUEL

L'objet de ce chapitre est de décrire les perceptions de la « guérison » par des consommateurs qui utilisent diverses voies (ou recours thérapeutiques) pour sortir de leur addiction, à Dakar. Nous utiliserons pour cela la notion de *carrière*, qui renvoie dans le langage courant à l'idée de carrière professionnelle (au sens d'une succession de postes occupés) et souvent à l'idée d'ascension sociale (« faire carrière ») (Rostaing, 2010). Selon Hughes, un des premiers



utilisateurs de cette notion en sociologie, la carrière désigne le « parcours ou [la] progression d'une personne au cours de la vie (ou d'une partie donnée de celle-ci) » (Hughes, 1996 : 175). Dans son étude sur les parcours des fumeurs de marijuana, Becker emploie cette notion pour désigner « aussi bien les faits objectifs relevant de la structure sociale que les changements dans les perspectives, les motivations et les désirs de l'individu » (Becker, 1985 : 47). Il considère que la notion de « carrière de déviant » rend compte d'un processus qui va de la transgression d'une norme à l'auto-identification et l'intégration dans un groupe ayant des pratiques déviantes. Dans une analyse de la « carrière morale » de personnes souffrant de troubles psychiatriques, Goffman montre les effets du passage en institution hospitalière sur la normalisation des malades mentaux à qui on tente de faire perdre leur ancienne identité pour les soumettre à l'ordre institutionnel (Goffman, 1968).

La notion de « guérison » ne va pas de soi en addictologie, dans la mesure où le sevrage (une forme d'échappement temporaire à la dépendance) peut être suivi de rechutes. L'addiction partage avec la maladie chronique la notion d'équilibre fragile, qui peut être mis en danger par des événements personnels ou liés à l'environnement concernant ou pas la disponibilité du produit dont il faut s'affranchir (OMS, 2004). Ainsi, la notion de « guérison » peut-elle être interprétée de diverses manières par les anciens consommateurs de drogues, selon leurs expériences et contextes de traitement, peu décrits en Afrique. Des « formes » de la guérison pourraient être intégrées à diverses étapes de la *carrière* qui ne doit pas être *a priori* considérée comme finie au moment de l'interruption de la consommation. Dans ce cadre conceptuel, l'article vise à préciser les formes de « guérison » proposées à Dakar aux usagers de drogues injectables, en mettant en lumière leurs perceptions comparatives selon les voies ou recours empruntés. Il tentera de préciser les situations de ces « formes de la guérison de l'addiction », du point de vue des personnes concernées, dans la carrière d'usagers de drogues – dont elles pourraient constituer une étape ou une sortie.

## MÉTHODE

Les données qui servent de base à ce chapitre sont issues d'observations et d'une immersion dans le milieu des consommateurs de drogues (héroïne, cocaïne/crack) à Dakar, approché grâce à des contacts établis au travers d'informateurs privilégiés usagers ou ex-usagers. Ces données ont été recueillies au cours d'entretiens semi-directifs avec 23 consommateurs de drogues. L'enquête a été complétée par des observations sur les sites de consommation et dans le Centre de traitement intégré des addictions de Dakar (CEPIAD) entre 2011 et 2016. L'étude a obtenu l'avis favorable du Comité national d'éthique pour la recherche en santé ainsi qu'une autorisation administrative le 5 juin

2013. Les entretiens ont été menés par le premier auteur de ce chapitre en wolof et en français, souvent en passant d'une langue à l'autre au cours de la conversation. Les données ont été enregistrées et retranscrites, avant d'être codées et de faire l'objet d'une analyse thématique assistée avec le logiciel Atlas.ti. Les termes émiques relevant du jargon des consommateurs de drogues injectables figurent en italique.

Le tableau 1 décrit les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées, identifiées par des pseudonymes. Les pseudonymes ont été choisis par les participants eux-mêmes et renvoient pour certains à des significations dans leur milieu de vie, pour d'autres à des noms familiers interprétables par eux seuls pour assurer l'anonymat.

TABEAU 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES INTERROGÉES

Prénom fictif	Sexe	Âge (ans)	Situation matrimoniale	Activité professionnelle	Ancienneté de la consommation (ans)	Produit principal consommé
Assane	M	53	Divorcé	Machinerie et électricité	36	Héroïne
Labba	M	30	Célibataire	Guide touristique	8	Héroïne
Suélo	M	45	Divorcé	Musicien	10	Héroïne
Zara	F	55	Veuve	Sans occupation	23	Héroïne
Coumba	F	29	Divorcée	Travailleuse du sexe	15	Héroïne
Aïcha	F	47	Divorcée	Petit commerce	30	Héroïne
Alioune	M	57	Veuf	Sans occupation	30	Héroïne
Barry	M	61	Veuf	Sans occupation	29	Héroïne
Brama	M	52	Divorcé	Ingénieur consultant	28	Héroïne
Accra	M	58	Divorcé	Formateur informatique	29	Héroïne
Kawman	M	42	Marié	Petit commerce	23	Héroïne
Repé	M	52	Divorcé	Éboueur	31	Héroïne
Xaly	M	39	Célibataire	Courtier	21	Héroïne
Brice	M	42	Célibataire	Sans occupation	22	Héroïne et cocaïne

Fecca	M	40	Marié	Agent immobilier	7	Héroïne
Maba	F	45	En union libre	Sans occupation	28	Héroïne
Zale	M	34	Marié	Boulangier	11	Héroïne puis méthadone
Weuy	M	47	Marié	Mécanicien	23	Héroïne puis méthadone
Momo	M	40	Divorcé	Courtier /commerçant	25	Héroïne puis méthadone
Fallou	M	43	Divorcé	Artisan	29	Héroïne puis méthadone
Siré	F	27	Célibataire	Travailleuse du sexe	4	Héroïne puis méthadone
Petit	M	33	Marié	Soudeur métallique	15	Héroïne puis méthadone
Véro	F	53	Divorcée	Coiffeuse	29	Héroïne puis méthadone

Les hommes (17) sont davantage représentés que les femmes (6) parmi les participants, qui sont majoritairement d'âge mûr (médiane d'âge = 45 ans [27-61]), ce qui correspond aux caractéristiques de la population décrite par Leprêtre et Ba (2013) qui font état de 86,7 % d'hommes et d'une médiane d'âge de 43 ans [17-66]. Les statuts matrimoniaux sont par ordre de fréquence : divorcés (10), mariés (5), célibataires (4), veufs (3), union libre (1). Les personnes interrogées ont en majorité des emplois précaires aux revenus faibles ; 5 personnes dont 2 femmes sont sans emploi ; 2 femmes sont des travailleuses du sexe. La drogue la plus consommée est l'héroïne avec une durée d'usage comprise entre 4 et 36 ans. Leprêtre et Ba font le même constat : l'héroïne est le produit principal pour 80 % des consommateurs de drogues vivant à Dakar, les produits étant le plus souvent fumés (*fumette*) et inhalés (*sniffés*) mais aussi injectés (Leprêtre & Ba, 2013).

### LA CARRIÈRE DE CONSOMMATEUR DE DROGUES INJECTABLES À DAKAR, DE LA LUNE DE MIEL AU LONKU

Les investigations anthropologiques mettent en évidence plusieurs étapes dans le parcours des consommateurs de drogues injectables. La première

consommation met en jeu diverses circonstances de lieux, de moments et d'acteurs, qui peuvent être classées en deux catégories selon le rôle plus ou moins actif du consommateur : dans la première, la consommation résulte de l'incitation par un tiers, de l'initiation par l'économie du trafic (incitation à la consommation par les dealers pour développer le marché) ou à l'insu de celle-ci ; dans la seconde catégorie, elle relève plus d'une volonté et d'une action individuelle, de la curiosité, du désir d'affirmation de soi, ou de « poser le dernier pas<sup>1</sup> » (Ndione, 2017) d'une consommation évolutive qui est passée par la cigarette, puis le cannabis et/ou l'alcool et enfin l'héroïne et/ou la cocaïne/crack.

À la suite de l'entrée dans la consommation, la première période est appelée *lune de miel* par les professionnels : l'initié (volontaire ou sous influence) trouve une satisfaction dans sa consommation tant qu'elle lui permet de répondre à un ou plusieurs besoins. Dans la deuxième période, les consommateurs de drogues disent que l'initié qui commence à fréquenter le *milieu* devient *junky*. Dans cette phase de transition, à la fin de sa *lune de miel*, l'initié se rend compte qu'il est *accro* aux drogues et s'inquiète de l'épuisement de ses ressources qui ne lui permettent plus de se procurer les produits. En s'insérant dans le milieu, le *junky* pourra mettre en œuvre des stratégies individuelles ou collectives pour financer sa consommation. Dans la troisième période, qualifiée de *lonku*<sup>2</sup>, le consommateur de drogues adhère à la culture du *milieu* qui englobe un jargon et des stratégies d'obtention de ressources. À ce stade, les produits « prennent les commandes » sur une vie qui devient rythmée par la *sickness*<sup>3</sup> lorsque la drogue manque et suit la quête de *faju* (avoir sa dose) à longueur de journée. Les personnes enquêtées à la phase de *lonku* déclarent aspirer à sortir de la consommation et à devenir *clean*<sup>4</sup>.

Les investigations sur le terrain dakarais ont montré que c'est à la période de *lonku* que les familles sont informées par les consommateurs de drogues ou, si elles ne sont pas informées, soupçonnent des changements. Les familles ont alors quatre types de réactions : elles sermonnent le membre qu'elles considèrent « malade » sur le risque « de devenir fou » ; elles cherchent des

---

<sup>1</sup> La catégorie est ainsi nommée en référence à la carrière individuelle de l'initié qui a eu l'expérience de plusieurs drogues avant de consommer celle(s) qu'il considère comme « le terminus » de sa trajectoire de consommation. La notion de *terminus*, en référence à la ligne d'un bus, signifie selon les consommateurs que l'héroïne et la cocaïne sont au-dessus de tous les produits qu'ils ont déjà utilisés en termes d'effet, de plaisir et de contrainte (dépendance) (Ndione, 2017).

<sup>2</sup> Terme des consommateurs issu du wolof et signifiant littéralement « être accroché ».

<sup>3</sup> Terme des consommateurs désignant les troubles associés au syndrome de manque.

<sup>4</sup> Terme des consommateurs signifiant *abstinent*.

solutions pour l'aider à sortir de sa situation ; elles peuvent le conduire vers les structures psychiatriques ; elles imputent parfois la consommation de drogue à un sort qui peut justifier le recours à un guérisseur ou un marabout (CILD, 2003). Les échecs thérapeutiques marqués par le retour à la consommation après un ou plusieurs sevrages poussent les familles à abandonner le consommateur de drogues à lui-même, le considérant comme responsable de sa situation qu'il ne veut pas « changer ». Dans certains cas, c'est le consommateur de drogues lui-même qui recourt à l'auto-sevrage, avec ou sans l'aide de sa famille (Ndione & Desclaux, 2016).

## QUATRE VOIES VERS LE SEVRAGE

Les personnes interrogées ont recours à quatre méthodes pour le sevrage, c'est-à-dire l'interruption de la consommation de drogue, en fonction de la ressource humaine mobilisée : le sevrage en service hospitalier de psychiatrie, l'incarcération volontaire, l'automédication et le *voyage hors du milieu* (de consommation).

La décision de sevrage peut être prise pour plusieurs motifs : difficultés pour financer les doses quotidiennes ; désir d'intégration professionnelle ; désir d'intégration ou réintégration socio-familiale ; problèmes juridiques. Le voyage est plus ou moins préparé en fonction des moments où les décisions sont prises, de l'expérience des pratiques de sevrage et des informations obtenues dans le *milieu*.

Le moment du sevrage est décrit par les personnes interrogées comme très difficile, s'alimenter devenant presque impossible du fait des nausées et des vomissements induits. Dans ce contexte, tout aliment ne s'offre pas à la consommation et les consommateurs de drogues se préparent en conséquence pour gérer cet effet du manque. Ils choisissent des aliments comme le lait, la viande, les fruits, les gâteaux, les bouillies, pour des indications déterminées : la consommation de viande et de fruits permet d'avoir du sang neuf pour remplacer celui déjà contaminé par les drogues ; les gâteaux et les bouillies de céréales sucrées sont destinés à regagner le poids perdu à cause de la consommation de drogues.

La famille ou d'autres tiers sont souvent impliqués pour le financement du sevrage en milieu psychiatrique et du *voyage hors du milieu*. Les sevrages par automédication et par incarcération volontaire sont planifiés par le consommateur de drogues qui se procure lui-même les moyens nécessaires.

### L'hospitalisation en service de psychiatrie

Quand le statut de consommateur de drogues est connu par la famille, elle propose souvent une consultation en service de psychiatrie, du fait de la représentation sociale selon laquelle la consommation des drogues induit la maladie mentale. Dans les services hospitaliers évoqués par les répondants, la prise en charge repose sur le maintien en service fermé entre 15 et 20 jours, et est assortie de traitements médicamenteux (anxiolytiques, antalgiques, etc.) pour les symptômes du sevrage tels que l'insomnie et l'agitation. Dans certains services hospitaliers, ce traitement est associé à la psychothérapie avec des entretiens individuels pour comprendre les motivations de la personne à consommer les drogues. L'appréciation qu'en font les personnes enquêtées est très différente selon les individus. Pour certains, cette méthode fonctionne :

*J'ai fumé pendant un an, après mon père l'a su et m'a aidé à intégrer une structure de désintoxication d'un professeur dans un hôpital, et ça a réussi et j'ai arrêté pendant quatre ans. J'étais redevenu moi-même.*

(Xali)

D'autres considèrent que l'hospitalisation n'est pas accompagnée de soins :

*Le médecin a une connaissance assez sommaire de ma pathologie et, partant de cette connaissance sommaire, il met en application une thérapie tout aussi sommaire qui ne répond pas à mes attentes et il me fait subir, pendant trois semaines, l'enfer. Parce que je n'ai pas de médicament de substitution approprié, je n'ai que ma volonté pour résister.*

(Brama)

S'il est possible que les pratiques de soin diffèrent selon les lieux d'hospitalisation, certains des répondants décrivent le traitement en psychiatrie comme peu approprié en l'absence de médicaments adaptés à leur situation, et dénoncent une forme de stigmatisation de la part des soignants qui les traitent de délinquants refusant de changer. Les appréciations divergent sur l'enfermement : pour certains, il s'agit d'une mesure coercitive semblable à l'incarcération ; pour d'autres, il est nécessaire au traitement pour éviter la tentation de sortir chercher la drogue. Pour les personnes qui ont été poussées au sevrage en psychiatrie par leur famille sans motivation personnelle, l'enfermement est peu efficace, car certaines apportent de la drogue et la consomment au quotidien, alors que d'autres demandent à des pairs de leur en apporter.

*Enquêteur (E) : Où vous a-t-on emmené pour la première fois ?*

*Répondant (R) : À l'hôpital X.*

*E : Comment ça s'est passé là-bas ?*

*R : On m'a hospitalisé mais je sortais pour aller en acheter et revenir à l'hôpital.*

*E : Il n'y avait pas de gardien ?*

*R : Si, il y en avait. On ne nous enfermait pas. En plus, après le traitement, ils te laissent seul. Après, c'est à toi de voir si tu veux sortir ou rester. Quand ils sortaient, je sortais pour aller tranquillement en acheter et me recoucher.*

(Maba)

Cette stratégie d'approvisionnement leur permet non seulement d'avoir leurs doses, mais aussi de « faire croire au médecin que le traitement est efficace et qu'ils se sentent bien » afin d'être libérés.

### *L'incarcération volontaire*

Les données à ce propos ont été collectées auprès d'un participant qui a expérimenté l'incarcération volontaire, et complétées par le partage d'expériences de cinq personnes à propos de leurs passages en prison. Le sevrage par incarceration volontaire consiste à accomplir un délit dans le seul but d'être arrêté et incarcéré pour créer une rupture avec la consommation de drogues.

*Il arrivait même que je fasse délibérément des conneries, des délits de vols pour tout simplement aller en prison. Je suis une fois parti à Sandaga [marché très fréquenté de Dakar] pour voler une radio. Au moment où je le faisais, je savais bel et bien que la propriétaire de la radio n'allait pas me pardonner. J'ai été emprisonné un mois, mais cela n'était pas suffisant pour moi, j'ai demandé que l'on augmente la peine de trois mois, en vain.*

*Au début, ce que je voulais faire c'est outrage à un agent dans ses fonctions, mais j'ai eu peur de prendre de longues peines. C'est par la suite que j'ai décidé de faire un vol simple, parce que la peine d'un vol simple dure au maximum trois mois.*

(Alioune)

Dans le cas d'Alioune, le délit a été soigneusement planifié, car il devait être flagrant et mineur. Pour atteindre son objectif, le consommateur de drogues choisit le lieu et le moment pour commettre son acte afin d'être vu et pris. Il s'approprie un principe de définition de la peine énoncé par Foucault, que la justice applique cependant rarement :

*La longueur de la peine ne doit pas mesurer la « valeur d'échange » de l'infraction ; elle doit s'ajuster à la transformation « utile » du détenu au cours de sa condamnation.*

(Foucault, 1975 : 283)

À travers leurs expériences d'incarcération ou les discussions avec des pairs déjà incarcérés, les consommateurs de drogue acquièrent des connaissances à propos des infractions et des peines encourues, qui leur donnent le pouvoir de choisir un délit adapté à leur projet de sevrage.

Plus généralement, l'incarcération volontaire est une stratégie de sevrage que les consommateurs de drogues jugent difficile à cause des conditions d'alimentation, d'hygiène et de surpeuplement des cellules, dégradantes pour leur état de santé. De ce fait, certains préfèrent recourir à d'autres moyens tels que l'automédication ou le voyage hors du milieu de consommation.

### *L'automédication*

Dans le milieu des consommateurs de drogues à Dakar, l'automédication consiste à recourir à un ou plusieurs médicaments pour traiter les maux provoqués par le sevrage. Parmi les personnes interrogées, 12 y ont déjà eu recours. Les symptômes du manque évoqués par les personnes enquêtées sont principalement des douleurs, des écoulements du nez et des yeux, la perte d'appétit, l'anxiété. Pour les soigner, elles utilisent de nombreux médicaments, seuls ou en association. Ces médicaments peuvent être classés en cinq catégories émiques<sup>5</sup> :

- *anti-douleur* : Trabar, Tramadis, Efferalgan, Trufulen 200 mg, Équanil, Néocodion, Codéine, Pions, Traversant 10, Des Roches, Nozinan 700, Riwaltri ;
- *pour dormir* : Lexomil, Epolisensia, Zanex, Riwaltri ;
- *substituts aux drogues* : Méthadone, Tenzézip, Subutex, Néocodion, Codéine, Équanil, Télésta, Nosina, Des Roches ;
- *contre la fièvre* : Efferalgan ;
- *vitamines* : Principe Béfor et Alvityl ;
- *anti-stress* : Transenne 50.

Les personnes enquêtées ont acquis leurs connaissances sur ces médicaments par quatre sources d'information : les expériences d'hospitalisation en psychiatrie (premier recours pour le sevrage en termes de fréquence), les avis de Sénégalais venant d'Europe, le bouche-à-oreille dans le *milieu* et les notices. Les consommateurs de drogues se procurent les médicaments dans les pharmacies, auprès des Sénégalais venant d'Europe et au marché illicite de Keur Serigne Bi<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Ces termes sont ceux utilisés par les répondants. Ils n'ont pas été corrigés pour correspondre aux noms commerciaux. Pour une présentation précise de ces produits, voir Ndione et Desclaux (2016).

<sup>6</sup> Ce terme wolof signifie littéralement « chez le marabout » et désigne un marché informel de médicaments situé dans le quartier du Plateau à Dakar, nœud d'un réseau d'approvisionnement régi par des Mourides, déjà décrit dans les années 1980 (Fassin, 1985),



(Camara, 2015). Les pratiques de prise suivent les posologies indiquées sur les notices ou recommandées par les pharmaciens. Une posologie profane est appliquée aux médicaments qui n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) au Sénégal, tels que le Subutex™, traitement de substitution commercialisé sur le marché informel à un prix compris entre 10 000 et 15 000 FCFA le comprimé, comme le montre l'extrait suivant :

*Le comprimé est grand comme ça (avec sa main droite, il tient le dernier tiers de son auriculaire gauche). Alors on peut le diviser en quatre parties et chaque partie peut faire tenir 24 heures.*

(Suélo)

Les prix des autres médicaments (avec AMM) varient selon les capacités de marchandage, les fréquences d'achat, les rapports avec les vendeurs du marché informel et le prix officiel dans les pharmacies. Les connaissances sur les sources d'approvisionnement, indications et modes de prise des médicaments sont partagées dans le milieu, constituant un savoir profane propre aux consommateurs de drogues.

Ce savoir s'établit aussi sur la base de l'expérience, par tâtonnement et succession de sevrages transitoires plus ou moins bien supportés, qui conduisent la personne à sélectionner certains médicaments qu'elle juge plus ou moins bons pour elle. Cette expérience permet aussi aux consommateurs de drogues de construire leur représentation d'un traitement efficace, en prenant en considération les médicaments utilisés en Europe (notamment en France) qu'ils ont parfois utilisés eux-mêmes ou dont ils ont entendu parler par les Sénégalais venant d'Europe. Ce savoir peut aussi être mobilisé pour une autre stratégie de sevrage employée par les consommateurs de drogues, à savoir le voyage hors du milieu de consommation.

#### *Le voyage hors du milieu de consommation*

Le *voyage hors du milieu* désigne parmi les consommateurs de drogues à Dakar une pratique d'auto-sevrage qui consiste à se détacher de ce cadre social pour interrompre la consommation. La pratique a été utilisée par sept participants à notre enquête dans un objectif de sevrage définitif.

Une première phase de préparation du voyage inclut une réflexion sur le lieu du séjour. Les personnes qui veulent partir sollicitent des amis et des parents habitant hors de Dakar pour bénéficier d'un logement gratuit ; l'une d'entre elles a reçu une aide pour loger dans une auberge. Le choix de la destination privilégie aussi les sites où il n'y a pas de drogue, ou bien où la personne ne

---

qui fait l'objet de contestations répétées de la part des pharmaciens sénégalais pour la relative impunité dont bénéficient ses acteurs.

connaît pas le *tracé* (lieu de vente d'héroïne ou de cocaïne) local. Le consommateur de drogues peut aussi choisir un lieu selon sa religion ou son appartenance confrérique, ce qui lui procurera des facilités pour l'hébergement et l'alimentation, et lui permettra de retrouver son guide. Enfin, le choix de la destination dépend de la possibilité de trouver sur place de l'alcool, des médicaments ou du cannabis, nécessaires au moment du sevrage.

*Le jour où je me rendais à Touba, je ne disposais que de 2 500 francs<sup>7</sup>. Après avoir payé mon billet pour le transport, il ne me restait que 1 500 francs en poche, pour te dire combien j'étais décidé. J'ai pris une dose avant de partir, mais je n'ai amené aucun médicament.*

(Zara)

*Pour sortir du milieu, je me débrouille pour avoir une petite somme. Avec une partie de mon argent j'achète benn (10)<sup>8</sup> que j'amène avec moi. Au début j'en prends un par jour, jusqu'à ce qu'il m'en reste cinq. Ensuite, les cinq derniers, je les divise en deux pour diminuer ma consommation. Je les prends pendant dix jours. Au bout des dix jours, quand toute ma provision en brown est finie, je commence à sentir le manque, accompagné de quelques douleurs. Je trouve refuge dans le Kana Boudon<sup>9</sup> et je prends des Effergan que j'avais achetés avant le voyage. Ça m'aide à supporter les douleurs.*

(Assane)

Chez les consommateurs de drogues qui pratiquent le sevrage *hors du milieu*, les symptômes du manque se font sentir quand leurs provisions en drogues sont terminées. Ils recourent alors à plusieurs stratégies, selon leurs ressources financières, comme l'utilisation d'alcool, de médicaments ou de cannabis, qui permettent entre autres, selon les interrogés, de combattre les douleurs et de faciliter le sommeil.

La durée du séjour correspond le plus souvent à ce que chacun définit comme le temps nécessaire *pour nettoyer la drogue de son organisme*. La décision de rentrer peut aussi être consécutive à l'épuisement des ressources financières et au désir de retrouver ses anciennes occupations (travail, art, etc.). Elle peut enfin résulter du désir de retrouver sa famille à qui l'ancien consommateur veut montrer son nouvel état de « non-consommateur », soit parce que sa famille lui a demandé de se sevrer, soit parce qu'il désire lui prouver qu'il a pu sortir de la toxicomanie. Enfin, le retour dans le *milieu* est important pour la personne elle-même en lui permettant d'exposer son nouveau

<sup>7</sup> Pour information : 2 500 FCFA = 3,75 euros environ ; 1 500 FCFA = 2,25 euros environ.

<sup>8</sup> Dix quarts de gramme d'héroïne.

<sup>9</sup> Alcool traditionnel à base de jus de pomme de cajou fermenté.

statut aux pairs qui reconnaissent son sevrage : « il a décroché », « il est beau », « il est costaud », « il est clair ». Le retour permet aussi de se rapprocher des produits, pour tester ses capacités de résistance et parfois pour consommer une dernière fois afin de constater si les effets des drogues sont différents.

La majorité des personnes enquêtées qui ont pratiqué le sevrage *hors du milieu* ont ensuite repris la consommation, selon elles « parce qu’il est impossible de sortir de la dépendance » ou « parce qu’elles n’étaient pas prêtes pour le sevrage définitif ». Aussi, le *voyage hors du milieu* est considéré comme un moment de repos. Ces ruptures leur paraissent importantes car elles leur permettraient de « rester encore en vie » plutôt qu’aller vers la mort par une consommation excessive sur une longue durée. Les stratégies d’auto-sevrage par le *voyage hors du milieu* et par l’automédication permettent, selon les consommateurs de drogues, de régénérer leur organisme, de se reposer de la quête de drogue épuisante et risquée, de réfléchir à leur vie et de faire des projets d’avenir. La « guérison de l’addiction » leur paraît difficile à atteindre sans aide et ils réclament, à l’instar des modes de traitement en vigueur en Europe, un dispositif de prise en charge proposant un traitement de substitution. Ce traitement a été mis à leur disposition à partir de 2015 par le Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD).

## LE RECOURS AU CEPIAD

À partir de 2015, le CEPIAD, créé pour répondre aux besoins socio-sanitaires des consommateurs de drogues mis en évidence par une enquête comportementale et épidémiologique (Leprêtre & Ba, 2013), propose un ensemble d’activités de soin et de réduction des risques pour les usagers de cocaïne/crack et/ou d’héroïne. En articulation avec le service qui offre un traitement de substitution à l’héroïne, une équipe de terrain déploie un programme de distribution de seringues et de sensibilisation à la prévention. Le CEPIAD repose sur le modèle français des Centres de soins, d’accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et Centres d’accueil et d’accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) (Lassmann, 2015) : l’objectif n’est pas le sevrage définitif à court terme mais une réduction des risques infectieux et sociaux inhérents à la consommation et à la dépendance dans un cadre illicite. Le CEPIAD est, en Afrique de l’Ouest francophone, le premier centre de prise en charge addictologique et de réduction des risques incluant un programme d’échange de seringues et un traitement de substitution par la méthadone.

Les consommateurs de drogues dakarois demandaient depuis longtemps un traitement tel qu’ils l’avaient connu en Europe ou en avaient entendu parler dans leur milieu. L’ouverture du CEPIAD a été très appréciée par les consommateurs notamment pour la mise à disposition de la méthadone, une innovation

thérapeutique très attendue. Le CEPIAD se situe dans le Centre hospitalier national universitaire de Fann, à côté des services de psychiatrie pour adultes et pour enfants, ainsi que de la morgue. Les consommateurs de drogues pris en charge considèrent cette proximité comme une métaphore de leur situation : « Ce n'est pas pour rien que le CEPIAD est à côté de la morgue car cela veut dire que, sans le CEPIAD, on finirait tous par mourir à cause des drogues », déclare Zale après son inclusion dans le programme de traitement. D'autres déclarent que le voisinage avec le service de psychiatrie signifie que sans le CEPIAD leur parcours de consommateurs les conduirait à la maladie mentale. Poussant plus loin la métaphore, certains considèrent comme positive la proximité avec le service pour enfants, qui symboliserait leur seconde naissance grâce au CEPIAD.

En plus de sa capacité de substitution qui leur permet de ne pas sentir les effets du manque, les consommateurs apprécient la gratuité de la méthadone et la facilité de la prise unique dans la journée. Les premiers jours de leur participation au programme sont des moments de projection dans l'avenir où ils réfléchissent à des projets de vie (se marier, se remarier, avoir des enfants, trouver un emploi). De plus, le CEPIAD offre, dans le cadre d'un projet, une prise en charge pour les pathologies associées à l'usage de drogues (infection à VIH, tuberculose, hépatites, troubles psychiques). Enfin, des activités sont proposées aux *patients* pour favoriser leur réinsertion sociale et économique (maraîchage, micro-jardinage, élevage, expression artistique, couture, lecture, initiation à l'informatique), conduites sous la responsabilité d'anciens consommateurs.

Après une première période de joie manifeste à propos du traitement par la méthadone et de la sortie de la dépendance au *milieu* qu'il autorise, les consommateurs de drogues devenus *patients*<sup>10</sup> (mais qui pour certains d'entre eux continuent à consommer) commencent à se poser des questions. Des informations circulent dans le *milieu* sur la durée et les risques de la méthadone, dont les effets secondaires sont discutés entre utilisateurs. Lors des rencontres des clubs méthadone<sup>11</sup>, des inquiétudes sont exprimées par les *patients* concernant les effets de la consommation parallèle d'héroïne, la dépendance à la méthadone, l'impact sur la libido. Cette dernière préoccupation, fréquente et

---

<sup>10</sup> Une enquête menée en 2016 auprès des participants au programme méthadone pour préciser le terme par lequel ils souhaitaient être désignés a identifié « patient », par opposition à « usager », « consommateur » ou « ex-usager de drogues ». Ce terme illustre le caractère acceptable de la médicalisation du traitement des drogues, et a l'avantage de ne pas spécifier la poursuite ou l'interruption de la consommation par les personnes concernées.

<sup>11</sup> Groupes de discussion sur le traitement de substitution animés par un pair éducateur en présence d'un ou plusieurs soignants.

cruciale pour les plus jeunes qui ont le désir de se marier et de fonder une famille, suscite de leur part des recherches d'informations sur internet.

Au bout de quelques semaines ou quelques mois, de nombreux *patients* qui estiment être sortis de la dépendance souhaitent interrompre leur traitement. Ils demandent l'arrêt de la méthadone en diminuant progressivement les doses, et en discutent avec les médecins. Les inconvénients passent alors au premier plan : prendre la méthadone quotidiennement à l'hôpital représente un coût temporel et une charge financière lourde pour nombre d'entre eux qui résident à distance. D'autres *patients* rapportent que se rendre chaque matin au CEPIAD n'instaure pas la confiance dans leurs familles qui les voyaient auparavant quitter la maison tous les jours pour se procurer de la drogue, et doutent qu'ils aient arrêté de fréquenter le *milieu*.

Pour faciliter le traitement, le CEPIAD a initié l'*emport* de la méthadone à domicile pendant les week-ends, à la demande des *patients*. Les patients sont fréquemment soumis à un test urinaire en début de semaine pour vérifier les produits consommés pendant le week-end. Les résultats de ce contrôle montrent souvent la consommation d'autres produits (cocaïne, benzodiazépines, alcool, héroïne) en même temps que la méthadone, une pratique de polyconsommation qualifiée « d'indiscipline thérapeutique » par les médecins et pharmaciens. Ce commentaire a créé des tensions car, selon les *patients*, cette polyconsommation n'est pas spécifique au fait d'emporter la méthadone à domicile, mais elle est répandue parmi certains d'entre eux qui n'ont pas cessé de consommer d'autres produits parallèlement à leur prise de méthadone<sup>12</sup>. De plus, la promotion de l'abstinence de toute drogue leur semble contradictoire avec le principe de réduction des risques qui n'interdit pas l'usage de produits mais essaie d'encadrer chaque consommation pour protéger les usagers de risques infectieux et sociaux et leur permettre d'avoir une vie saine.

Lorsque le CEPIAD a été mis en place, les consommateurs de drogues ont d'emblée apprécié l'initiative tant qu'elle leur permettait d'avoir une vie saine et de renouer avec la vie sociale *normale*. Après quelques mois de participation au programme méthadone, les *patients* deviennent critiques et se posent des questions sur la durée, les risques et les effets secondaires du traitement, alors qu'ils ont l'impression de ne pas pouvoir « en sortir ». En définitive, le dispositif leur donne accès à des soins qui leur permettent d'entamer un processus de dé-marginalisation sociale mais qui les enferme, en même temps, dans un

---

<sup>12</sup> La poursuite d'une consommation parallèlement à la méthadone est observée dans les programmes de substitution : Coppel indiquait déjà en 2002 qu'un tiers des patients deviennent abstinentes mais qu'entre la moitié et les deux tiers (selon les études) restent dépendants, ce qui implique de considérer la sortie de la dépendance comme un processus (Coppel, 2002).

rapport de dominés vis-à-vis des soignants (selon le modèle de la relation soignant-soigné dans la culture biomédicale) et les conduit à se percevoir comme « dépendants » d'un traitement.

## DISCUSSION ET CONCLUSION : DIVERSITÉ DES FORMES DE GUÉRISON

Ces données concernant les voies du traitement des consommateurs de drogues à Dakar apportent de nombreuses informations sur le rapport de cette population à la guérison. Elles en montrent diverses définitions que portent différents acteurs sociaux : quitter la dépendance pharmacologique aux produits et ne plus ressentir les symptômes du manque ; quitter le *milieu* de consommation et d'une part ne plus vivre la recherche frénétique de drogues et de ressources « à la marge », d'autre part ne plus être soumis au risque de « replonger » ; avoir le contrôle sur ses consommations en les gérant hors du *milieu* et en « réduisant ses risques » ; se libérer de tout produit et toute contrainte de prise, méthadone incluse.

Plusieurs représentations du processus de guérison entrent en tension : pour de nombreuses personnes enquêtées, leur situation relève d'une volonté divine, un *nattu* (fardeau divin) qu'elles doivent porter jusqu'à s'en départir (*être clean*) : ceci leur impose de se libérer elles-mêmes de toute consommation de produits et d'abandonner le milieu et les pairs consommateurs pour entamer une autre vie sans drogues. Les critères d'arrêt de la consommation et de la fréquentation du *milieu* prouvent, pour les personnes enquêtées, qu'une personne a réussi son sevrage et peut être considérée comme « ex-consommatrice ». Le CEPIAD, dont le programme méthadone n'a pas officiellement pour objectif le sevrage mais la réduction des risques, est perçu par certains consommateurs comme une structure qui maintient la dépendance et a recréé un *milieu* des « pairs », à l'opposé de l'idée de rupture perçue comme un critère de guérison. L'offre de traitement des pathologies associées introduit la notion de guérison pour certaines d'entre elles, mais pour d'autres, comme l'infection à VIH, elle donne à la personne un statut de malade chronique diagnostiqué par le CEPIAD. Quant à l'intervention psychosociale du CEPIAD au travers des activités, elle apporte une aide mais ne peut, selon ses bénéficiaires, « guérir » leur marginalité socio-économique.

Les carrières de consommateurs que décrivent les entretiens avec les personnes enquêtées ne comprennent pas de modèle de « guérison » proprement dite, notamment parce que les anciens consommateurs qui sont parvenus à rompre avec la drogue et avec le *milieu* n'ont pas de ce fait partagé leur expérience à propos du sevrage avec les consommateurs souhaitant en sortir. De plus, l'identifiant de « consommateurs de drogues injectables » employé par les institutions et par les structures de traitement, même pour des personnes en

traitement de substitution, les maintient symboliquement dans un statut de « non-guérés ».

Si le recours au CEPIAD et à la méthadone paraît plus efficace que les autres stratégies pour obtenir l'éviction des drogues illicites et atteindre une « guérison sociale » davantage que pharmacologique, ceci n'est pas assuré pour tous, comme le montre la persistance d'une polyconsommation chez certains *patients*. Néanmoins, même pour ces polyconsommateurs, le programme permet une reprise de pouvoir sur leur vie sociale par une réinsertion socio-familiale et par une neutralisation de la stigmatisation, largement due à la médicalisation de leur addiction (Ndione, 2017).

Toutes les stratégies de traitement décrites dans cette étude semblent avoir un certain niveau d'efficacité, plus ou moins limité, dans la mesure où elles permettent une sortie de la dépendance temporaire ou partielle (par exemple en se dégageant de la dépendance au *milieu*, même si persiste la dépendance au produit). Plusieurs personnes considèrent que les « pauses » temporaires évitent le pire, ou permettent de se tester et de regagner un certain niveau de contrôle, très valorisé même s'il n'est pas assimilé à la guérison. Se dégageraient ainsi deux modèles de guérison : l'une, définie comme une « reprise de pouvoir » temporelle ou partielle, serait une étape dans un itinéraire qui pourrait *in fine* conduire à l'autre, à savoir le sevrage définitif, qui correspond à la représentation de la guérison effective du point de vue des consommateurs (« être *clean* »). Ces deux modèles de guérison correspondent à des stades différents dans la carrière des consommateurs de drogues injectables telle que la décrivent les personnes interrogées à Dakar, et sont compatibles avec la notion avancée par des experts en addictologie selon laquelle la sortie de la dépendance est un processus qui peut être long et itératif (Coppel, 2002). Au niveau global, l'opposition entre les approches de « guerre à la drogue » et de « réduction des risques » qui structurait jusqu'à présent les politiques internationales est en cours de redéfinition par un courant qui propose de « repenser la politique des drogues » (Jauffret-Roustide & Granier, 2017). L'expérience des acteurs à Dakar montre que, loin d'être strictement opposés, les modèles de guérison correspondants (« sevrage » ou « reprise de pouvoir ») pourraient être articulés dans des termes divers, au niveau des représentations et à celui des expériences individuelles.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BECKER H., 1985. *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié.
- BOUSCAILLOU D.J., EVANNO J., PROUTÉ D.M., LUHMAN D.N., BLANCHETIÈRE P., DURAND D.E., 2014. *Santé des personnes usagères de drogues à Abidjan en Côte d'Ivoire : Prévalence et pratiques à risque d'infection par le VIH, les hépatites virales, et autres infections*, Abidjan,

- Côte d'Ivoire, Médecins du monde Côte d'Ivoire, [https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/mdm\\_rapport\\_sante\\_ud\\_abidjan](https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/mdm_rapport_sante_ud_abidjan) (consulté le 5 décembre 2018).
- BOUSCAILLOU D.J., EVANNO J., PROUTÉ D.M., INWOLEY A., KABRAN M., N'GUESSAN T., DJÉ-BI S., SIDIBÉ S., THIAM-NIANGOIN M., N'GUESSAN B.R., BLANCHETIÈRE P., LUHMANN N., 2016. « Prevalence and risk factors associated with HIV and tuberculosis in people who use drugs in Abidjan, Ivory Coast », *International Journal of Drug Policy*, 30, 116-123
- CAMARA E.M.S., 2015. *L'économie parallèle du médicament au Sénégal*, Paris, Éditions universitaires européennes.
- CASTEL R., PELLEN-BENARD M., BONNEMAIN C., BOULLENGER N., COPPEL A., LECLERC G., OGIEIN A., WEINBERGER M., 1998. *Les sorties de la toxicomanie*, Fribourg, Éditions universitaires Fribourg.
- CESONI M.L., 1992. « Les routes des drogues : exploration en Afrique subsaharienne », *Revue Tiers Monde*, 33, 131, 645-671
- COMITÉ INTERMINISTÉRIEL DE LUTTE CONTRE LA DROGUE (CILD), 2003. *Guide d'information et de formation sur les drogues à l'usage des professionnels de la prévention*, ministère de l'Intérieur, Sénégal.
- COPPEL A., 2002. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte.
- CSETE J., SANCHEZ C., 2013. *Telling the story of drugs West Africa: The newest front in a losing war?*, Policy Brief 1, Global Drug Policy Observatory (GDPO), Swansea University, <https://www.swansea.ac.uk/media/GDPO%20West%20Africa%20digital.pdf%20FINAL.pdf> (consulté le 25 avril 2019).
- DOS SANTOS M., 2017. « S'engager en tant que pairs au sein d'une structure pour usagers de drogues : la place des savoirs expérimentiels », *Vie sociale*, 20, 4, 223-238
- FACY F., GUEYE M., AHYI R., KALASA B., 1996. « Enquêtes épidémiologiques sur l'usage des drogues en Afrique (Bénin, Côte d'Ivoire, Madagascar, Sénégal) », *Psychopathologie africaine*, 27, 2-3, 117-202
- FASSIN D., 1985. « Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal », *Cahiers d'études africaines*, 98, 161-177
- FOTTORINO E., 1991. *La piste blanche : l'Afrique sous l'emprise de la drogue*, Paris, Balland.
- FOUCAULT M., 1975. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.
- GOFFMAN E., 1968. *Asiles*, Paris, Éditions de Minuit.
- HUGHES E.C., 1996. *Le regard sociologique : essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- JAUFFRET-ROUSTIDE M., 2009. « Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: A lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship », *Health Sociology Review*, 18, 159-172
- JAUFFRET-ROUSTIDE M., 2011. « Réduction des risques. Succès et limites du modèle à la française », *Alcoologie et Addictologie*, 33, 2, 101-110
- JAUFFRET-ROUSTIDE M., GRANIER J.M., 2017. « Repenser la politique des drogues », *Esprit*, 2, 40-54
- JAUFFRET-ROUSTIDE M., PILLONEL J., WEILL-BARILLET L., LÉON L., LE STRAT Y., BRUNET S. *et al.*, 2013. « Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France – Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 39-40, 504-509
- KARAKIEWICZ B., ZUBCZEWSKA-ŚLÓSAREK B., KOZIELEC T., ROTTER I., 2004. « Methadone substitution treatment programmes in Poland », *International Journal of Drug Policy*, 15, 3, 217-218



- KURTH A.E., CLELAND C.M., DES JARLAIS D.C., MUSYOKI H., LIZCANO J.A., CHHUN N., CHERUTICH P., 2015. « HIV Prevalence, Estimated Incidence, and Risk Behaviors Among People Who Inject Drugs in Kenya », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 70, 4, 420-427
- LASSMANN M., 2015. *Évaluation d'une intervention de santé publique : dispositif de prise en charge des consommateurs de drogues injectables au CEPIAD, Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar*, thèse, université de Bordeaux, UFR des sciences pharmaceutiques, Bordeaux, 120 p.
- LEPRÊTRE A., BA I., 2013. « UDSEN » : *Enquête de prévalence et de pratique à risques d'infections à VIH, VHB et VHC chez les usagers de drogues dans la région de Dakar*, rapport final, étude ANRS 12243, novembre.
- LOVELL A.M., 2001. « Ordonner les risques : l'individu et le pharmaco-sociatif face à l'injection de drogues ». In : J-P. DOZON, D. FASSIN, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, p. 309-341
- MATHERS B.M., DEGENHARDT L., PHILLIPS B., 2008. « Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review », *Lancet*, 15, 372(9651), 1733-1745
- NDIONE A.G., 2017. *Le traitement des usagers de drogues au Sénégal. La médicalisation d'une déviance sociale*, thèse de doctorat en socio-anthropologie, ETHOS, université Cheikh Anta Diop, Dakar, 341 p.
- NDIONE A.G., DESCLAUX A., 2016. « L'automédication dans le contexte du sevrage chez les usagers de drogues à Dakar : éléments pour une réflexion éthique ». In : M. BADJI, A. DESCLAUX (dir.), *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 247-262
- OGIEN A., 1994. « La morale du drogué », *Revue française des affaires sociales*, 2, 59-67
- ORGANE INTERNATIONAL DE CONTRÔLE DES STUPÉFIANTS, 2001. *Rapport 2000*, New York, Publication des Nations unies.
- ORGANE INTERNATIONAL DE CONTRÔLE DES STUPÉFIANTS, 2016. *Rapport 2015*, New York, Publication des Nations unies.
- ORGANE INTERNATIONALE DE CONTRÔLE DES STUPÉFIANTS, 2017. *Rapport 2016*, New York, Publication des Nations unies.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2004. *Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance*, rapport résumé, 40 p.
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME, 2009. *Rapport mondial sur les drogues 2008*, New York, Publication des Nations unies.
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME, 2013. *Rapport mondial sur les drogues 2012*, New York, Publication des Nations unies.
- RHODES T., ABDOOL R., 2016. « Drug harms and drug policies in Sub-Saharan Africa: Implementation science and HIV epidemics », *International Journal of Drug Policy*, 30, 1-6
- RHODES T., GUISE A., NDIRIBI J. *et al.*, 2015a. « Is the promise of methadone Kenya's solution to managing HIV and addiction? A mixed-method mathematical modelling and qualitative study », *BMJ Open*, 5, 3, e007198
- RHODES T., NDIRIBI J., GUISE A. *et al.*, 2015b. « Navigating the poverty of heroin addiction treatment and recovery opportunity in Kenya: Access work, self-care and rationed expectations », *Global Public Health*, 10, 800-867
- ROSTAING C., 2010. « Carrière ». In : S. PAUGAM (dir.), *Les 100 mots de la sociologie*, collection Que sais-je ?, PUF, Paris.

- TRELOAR C., RANCE J., 2014. «How to build trustworthy hepatitis C services in an opioid treatment clinic? A qualitative study of clients and health workers in a co-located setting», *International Journal of Drug Policy*, 25, 5, 865-870
- UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION, 1999. *The drug nexus Africa*, Vienne, UNODCCP, 129 p.
- VAN DEN BERG C., SMIT C., VAN BRUSSEL G., COUTINHO R., PRINS M., 2007. « Amsterdam Cohort. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users », *Addiction*, 102, 9, 1454-1462
- VERTHEIN U., KALKE J., RASCHKE P., 1998. « Substitution treatment with methadone in Germany: politics, programmes and results », *International Journal of Drug Policy*, 9, 1, 71-78
- WANDELER G., GSPONER T., BREGENZER A., GUNTARD H.F., CLERC O., CALMY A. *et al.*, 2012. « Hepatitis C virus infections in the Swiss HIV Cohort Study: a rapidly evolving epidemic », *Clinical Infectious Diseases*, 55, 10, 1408-1416
- WEST AFRICA COMMISSION ON DRUGS (WACD), 2014. *Pas seulement une zone de transit. Drogues, État et société en Afrique de l'Ouest. Un rapport indépendant de la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues*, rapport, 64 p.
- ZAMUDIO-HAAS S., MAHENGE B., SALEEM H., MBWAMBO J., LAMBDIN B.H., 2016. « Generating trust: Programmatic strategies to reach women who inject drugs with harm reduction services in Dar es Salaam, Tanzania », *International Journal of Drug Policy*, 30:43-51

# ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS AU TEMPS DE LA COVID-19 : DÉFIS POUR LE CENTRE DE TRAITEMENT DES ADDICTIONS À DAKAR

ENSURING CONTINUITY OF CARE AT THE TIME OF COVID-19: CHALLENGES FOR THE DAKAR INTEGRATED SUPPORT CENTER FOR ADDICTIONS

I. Ba (\*,1,2), A. Desclaux (3,4,5), M. Diop (4,5), I. Ndiaye (1,2), M.H. Thiam (1,6)

**RÉSUMÉ** La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur le fonctionnement des systèmes de santé dont les modes d'adaptation et de réponse sur le terrain sont encore peu documentés et en cours d'évolution. Le Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions de Dakar (CEPIAD) met en œuvre depuis 2014 la réduction des risques auprès d'usagers de drogues. La pandémie de COVID-19 et les mesures de santé publique ont été un obstacle à sa fréquentation par les patients, notamment du fait de la limitation des déplacements. Outre la mise en place de mesures préventives et l'application des gestes barrières dans le centre, le CEPIAD a eu recours à l'import à domicile de la méthadone habituellement dispensée chaque jour dans ses locaux. Le centre a aussi pris en charge des usagers de cannabis incarcérés après leur amnistie. Plusieurs aspects de l'expérience du CEPIAD, perçue positivement, pourraient être pertinents hors du contexte pandémique.

Mots clés : COVID-19, Usagers de drogues, Services de santé, Impact socio-sanitaire, Sénégal

**ABSTRACT** The COVID-19 pandemic has an impact on health systems, whose modes of adaptation and response on the ground are still poorly documented and are evolving. The Dakar Integrated Support Center for Addictions (CEPIAD) has been implementing risk reduction since 2014, particularly with drug users. The COVID-19 pandemic and related public health measures were an obstacle to its attendance by patients, in particular due to movement restriction. In addition to the implementation of individual and collective preventive measures in the center, CEPIAD has experimented "take-home" for methadone that is generally provided daily through directly observed treatment. The center has also taken care of amnestied incarcerated cannabis users. Several aspects of this experience, perceived positively, could be relevant outside the pandemic context.

Key words : COVID-19, Drug users, Health services, Socio-sanitary impact, Senegal

## INTRODUCTION

L'Afrique a subi les effets de la COVID-19 à une moindre échelle que d'autres continents pour ce qui concerne la mortalité enregistrée, pour des raisons multiples : réponse précoce des États, structure démographique,

environnement, mode de vie, etc... [10], mais la « seconde vague » survenue en fin 2020 met à mal les systèmes de soins [3]. Les mesures de santé publique mises en place pour lutter contre la pandémie (interdiction



Fig. 1 :  
Le CEPIAD lors de  
la célébration de la  
Journée Mondiale  
contre le Sida, le  
1<sup>er</sup> décembre 2020  
© Alice Desclaux

CEPIAD at the  
celebration of  
World AIDS Day,  
December 1, 2020  
© Alice Desclaux

des rassemblements, confinement, restriction des déplacements, etc.) ont eu un impact socio-sanitaire notable, plus difficile à mesurer car indirect, multiforme et à plus long terme. Les effets indirects sur la prise en charge d'autres pathologies et sur les interventions de santé publique sont une préoccupation constante, justifiée par les ruptures d'accès aux antirétroviraux et la suspension des programmes de vaccination observées depuis mars 2020 [1]. Parmi les interventions de santé, celles qui requièrent la présence des bénéficiaires dans les formations sanitaires sont particulièrement sensibles à un impact négatif de la pandémie. C'est le cas pour le traitement des addictions au CEPIAD, qui apporte des soins quotidiens aux usagers de drogues de la région de Dakar.

## LE CEPIAD

Le Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions de Dakar (CEPIAD) a été ouvert en 2014, après qu'une enquête épidémiologique ait estimé à 1 324 le nombre d'usagers de drogues injectables dans la région administrative de Dakar

[6]. Dans un pays où l'épidémie de VIH touche essentiellement les populations clés, avec un taux de prévalence de 0,7 % dans la population générale alors que celui du VHC était de 0,49 %, la création de ce centre offrant à la fois soins et prévention apparaissait comme une intervention prioritaire pour la lutte contre le sida et l'hépatite C. De plus, le centre allait répondre à une attente forte des usagers ayant peu accès aux structures de soins du fait de leur marginalité sociale [2]. Grâce à l'engagement d'acteurs institutionnels de la direction du Ministère de la santé et de l'action sociale et du Conseil national de lutte contre le sida ainsi que de médecins psychiatres du service de psychiatrie du Centre hospitalier national universitaire de Fann, à l'appui du Fonds Mondial et de l'Organisation des nations unies contre les drogues et le crime (ONUDC), et en concertation avec les associations d'usagers, le CEPIAD a été le premier centre de traitement des addictions qui développe la stratégie de Réduction des Risques (RdR) en Afrique de l'Ouest francophone.

La stratégie de Réduction des Risques (RdR, également appelée « stratégie de réduction des méfaits ») est reconnue au niveau





Fig. 2 :  
Rencontre de  
l'équipe soignante  
avec les usagers  
au CEPIAD  
©Idrissa Ba

Health care team  
meeting with users  
at CEPIAD  
©Idrissa Ba

international comme l'approche la plus efficace en termes de santé publique et la plus respectueuse des droits des personnes atteintes d'addiction pour répondre à leurs besoins socio-sanitaires, prévenir les risques infectieux majeurs chez les usagers de drogues (VIH, hépatites, tuberculose multi-résistante) et lutter contre les méfaits des drogues [9,11]. Développée depuis une trentaine d'années d'abord dans les pays du Nord dans le contexte de la lutte contre le sida, la RdR est mise en œuvre dans un nombre de pays croissant, notamment en Afrique à la suite de projets pilotes (Tanzanie, Afrique du Sud, Maroc). Plutôt que chercher à interrompre toute consommation de stupéfiant, ce qui n'empêche ni les effets neuropsychologiques éprouvants d'un sevrage brutal ni les rechutes, la RdR procède de manière globale et progressive en informant les usagers sur les risques qu'ils encourent, en réduisant les pratiques à risques d'infection, en substituant aux opiacés illicites des produits licites délivrés sous contrôle médical, et en considérant les dimensions psychologiques et sociales de l'addiction. Cette approche combine la prise en compte globale de l'addiction (comme rencontre entre un produit, une personne

et un contexte) et des connaissances scientifiques en neurobiologie développées au cours des dernières décennies. A Dakar, le CEPIAD est le premier centre de la région Afrique de l'ouest et du centre (AOC) francophone qui propose aux usagers de drogues une prise en charge pour les stupéfiants (en incluant la méthadone pour les personnes dépendantes de l'héroïne), pour le tabac et l'alcool.

Depuis son ouverture, le CEPIAD a pris en charge 2004 patients usagers de drogues (au 31/12/20). Son intégration dans le service de psychiatrie du CHNU de Fann et la collaboration avec le service de maladies infectieuses et le projet de recherche et d'intervention CODISEN<sup>1</sup>, ont permis de proposer un diagnostic et une prise en charge pour l'infection à VIH, la tuberculose, les hépatites A et B, et les infections sexuellement transmissibles, en plus des problèmes de santé mentale. De plus, une équipe outreach (menant des activités dans les communautés) rattachée au CEPIAD développe des interventions d'information sur les risques, de distribution

1 ANRS 12334. Ce projet intitulé « Cohorte de consommateurs de Drogues Injectables au Sénégal » vise à examiner l'efficacité à moyen terme d'une prise en charge intégrée des usagers de drogues injectables [7].

de matériel de prévention (préservatifs, échange de seringues) et de suivi des usagers dans les quartiers de Dakar. Des médiateurs pairs renforcent le lien avec les usagers notamment au travers d'associations.

---

## LES DÉFIS AU TEMPS DE LA COVID-19

Le Sénégal a été le second pays d'Afrique sub-saharienne à enregistrer des cas de COVID-19 à partir du 2 mars 2020. Mais c'est à partir du cinquième cas, identifié le 10 mars à Touba dans un service de soins, à l'origine d'un cluster de 21 personnes, que l'épidémie s'est progressivement étendue. A partir de mars 2020, le CEPIAD a décidé de procéder à une régulation de la fréquentation des usagers dans l'objectif de prévenir la transmission du coronavirus au centre. En temps ordinaire, la grande majorité des usagers de drogues injectables traités par méthadone sont astreints à une prise quotidienne de leur traitement au CEPIAD, selon le principe du « traitement directement observé ». Ceci permet d'une part d'être certain que ces patients reçoivent le traitement dont ils ont besoin à la dose prescrite, d'autre part d'éviter que ce traitement soit détourné vers le marché illicite des stupéfiants, ce que la forme sirop prévient également. La venue quotidienne au centre permet aussi aux personnes de maintenir la relation avec l'équipe de soin et de participer à des activités qui contribuent à leur re-socialisation (groupes de parole, causeries, art-thérapie, jardinage, club méthadone).

Mais les rassemblements ont été interdits mi-mars, puis l'état d'urgence a été décrété fin mars avec un ensemble de mesures de distanciation qui ont provoqué une diminution du nombre de places dans les transports en commun et une augmentation du coût pour les passagers ; après un allègement pendant plusieurs mois, ces mesures ont été réinstaurées fin 2020. Ces mesures ont eu un impact sur les possibilités de déplacement des usagers du centre, en

particulier ceux habitant dans la banlieue populaire de Pikine. Parallèlement à ces difficultés d'accès observées au CEPIAD, la nécessité pour l'équipe outreach de disposer de matériel de prévention (gel hydroalcoolique, gants et masques) a imposé la suspension des sorties sur le terrain. Ainsi, le CEPIAD a d'abord été confronté aux mêmes défis que de nombreux services de soins : comme pour d'autres services hospitaliers, les patients ont déserté le service par défaut d'accessibilité ou par crainte d'être contaminés ; comme pour d'autres programmes d'intervention en communauté, les activités hors du centre ont été freinées par la nécessité de disposer de matériel spécifique et la crainte d'un risque « invisible » lorsque les cas communautaires sont devenus plus nombreux.

Un défi spécifique a été la prise en charge des usagers incarcérés qui ont bénéficié le 26 mars d'une grâce présidentielle d'une ampleur destinée à réduire la surpopulation carcérale pour prévenir la propagation du coronavirus. Mise en œuvre dans de nombreux pays selon des modalités variées [8], cette mesure a concerné au Sénégal 2036 détenus, sélectionnés parce qu'ils purgeaient des peines courtes pour des délits mineurs, appartenaient aux tranches d'âge à risque de complications de la COVID-19, ou étaient proches de la fin de leur peine. Un grand nombre d'entre eux étaient des usagers de cannabis : au Sénégal, la détention, l'usage et le trafic de drogues motivent environ une incarcération sur trois. Parmi les personnes libérées, sept sont venues de leur propre chef consulter au CEPIAD, où elles avaient déjà été prises en charge avant leur incarcération. Cette expérience a illustré l'intérêt qu'aurait eu l'orientation vers le CEPIAD de tous les usagers de drogues libérés, alors que l'injonction thérapeutique, une modalité présente dans la loi sénégalaise mais très rarement mise en pratique jusqu'à présent, doit être redéfinie et activée.

## LES ADAPTATIONS POUR ASSURER LES SOINS

Dès le 7 mars 2020, des dispositions pour combiner la continuité des soins et la mise en pratique de la prévention ont été définies lors d'une réunion du personnel du CEPIAD. Ces dispositions, en phase avec les recommandations de l'ONU DC (UNODC, 2020), visaient à espacer et contrôler les interactions entre équipe soignante et usagers tout en assurant les soins, et à généraliser l'application de distances de sécurité et des gestes barrière, avec un port du masque rendu obligatoire dans les lieux publics par décret ministériel le 19 avril. La réduction des interactions dans le centre a reposé essentiellement sur une redéfinition du planning des consultations de chaque soignant désormais uniquement sur rendez-vous, et la suppression des activités de groupe. De plus, une circulation des patients dans le centre (circuit, durée, lieux de stationnement) a été définie qui ne permet pas aux usagers de rester plus de temps que nécessaire pour collecter leur méthadone et si besoin réaliser leur consultation. La socialisation informelle des patients dans divers lieux du centre (espace de sociabilité, espaces d'attente, atelier, jardin) est désormais évitée et la distance de sécurité qui doit être respectée dans les files d'attente est matérialisée par un marquage au sol. Un dispositif de lavage des mains a été installé à l'entrée et l'application des mesures, notamment le port du masque et le respect des distances de sécurité, est vérifiée par un vigile.

Une mesure particulière au CEPIAD est l'emport de la méthadone à domicile généralisée qui a pour objectif d'éviter d'accroître le risque COVID collectif lié à une fréquentation du centre par un grand nombre de personnes venues de lieux divers, tout en favorisant l'observance grâce à une amélioration de l'accès au traitement. Cette stratégie avait déjà été testée puis progressivement mise en place pour des usagers sous méthadone observants et stables cliniquement, inclus dans le programme depuis septembre 2016, et qui

ne pratiquaient pas de polyconsommation en parallèle à la méthadone [4]. Au plan international, l'emport du traitement de substitution aux opiacés est peu développé dans les centres d'addictologie car un traitement est souvent disponible auprès des médecins de ville, ce qui n'est pas le cas au Sénégal où les interactions quotidiennes au centre sont privilégiées pour resocialiser les usagers. A partir de mars, l'emport a été proposé à tous les patients pour des périodes allant de trois jours à une semaine. Le bilan de cette expérience montre que, malgré les risques de détournement et de mésusage de la méthadone soulevés, le dispositif mis en place a été bien accepté et bien suivi. Très peu de problèmes ont été notés (un cas d'overdose à la méthadone chez un usager non suivi au CEPIAD y a été reçu et traité par naloxone). Malgré la très forte exposition des usagers de l'hôpital qui abrite une unité de traitement de la COVID-19, aucun cas de COVID-19 n'a été enregistré au niveau du CEPIAD en 2020, alors que dans le même temps des cas ont été signalés au service de psychiatrie, au niveau des patients et du personnel soignant et d'accueil. Fin 2020, la stratégie de prévention de la COVID-19 combinée au maintien des services aux patients s'est donc montrée efficace et satisfaisante.

---

## LA PANDÉMIE DE COVID-19, ET APRÈS ?

Plusieurs mesures adoptées pour répondre en urgence à la menace infectieuse représentée par la pandémie de COVID-19 concernent des questions débattues au Sénégal, comme au plan international. Ainsi, la situation dans les prisons a rappelé l'intérêt des alternatives à l'incarcération, porteuse de risques sanitaires pour les usagers incarcérés. Par ailleurs, l'application à plus large échelle de l'emport à domicile de la méthadone pendant l'épidémie de COVID-19 et l'analyse de ses effets pourraient permettre d'évaluer le rapport entre avantages et risques de cette mesure,



qui rend le traitement moins contraignant et autorise une activité professionnelle facilitant la réinsertion sociale. Plus globalement, ces adaptations vont dans le sens d'une approche des usagers de drogues qui favorise les soins et la prévention plutôt que la seule répression au travers de la pénalisation, en phase avec la dépénalisation promue par la Commission Globale de Politique en Matière de Drogues au niveau

mondial [5]. Si cette approche pouvait être maintenue au-delà de la phase de crise épidémique et renforcée, la pandémie de COVID-19 aura été une opportunité pour une avancée sur le plan de la santé publique et des droits humains.

## CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

## AUTEURS

Les auteurs sont membres du Réseau d'Etude de la Drépanocytose en Afrique Centrale (REDAC).

1. Centre Hospitalier Alliance, et Programme National de Lutte Contre la Drépanocytose (PNLCD), Kinshasa, République Démocratique du Congo
2. Centre de Formation et d'Appui sanitaire (CEFA) et Centre Hospitalier Monkole, République Démocratique du Congo
3. Centre Hospitalier de la Martinique, Guadeloupe, France
4. DORYS, Association de Lutte Contre la Drépanocytose, Strasbourg, France
5. Service Médical, Centre Hospitalier d'Essos, Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, Yaoundé, Cameroun
6. Center of Excellence for Emerging & Zoonotic Animal Disease, CEEZAD, Kansas State University, Office Park, 1800 Kimball Ave, Suite 130, Manhattan, KS, 66502, USA

\* jpngonzalez@vet.k-state.edu

## RÉFÉRENCES

1. Kitenge R, Tshililo L, Loko G, Ngasia B, Wamba G, Gonzalez JP. Diagnostic tools and follow-up of sickle-cell anemia in Central Africa. *Med Sante Trop.* 2018 May 1;28(2):124-127. doi: 10.1684/mst.2018.0791. PMID: 29997065
2. McGann PT, Williams TN, Olupot-Olupot P, Tomlinson GA, Lane A, Luis Reis da Fonseca J, Kitenge R, Mochamah G, Wabwire H, Stuber S, Howard TA, McElhinney K, Aygun B, Latham T, Santos B, Tshililo L, Ware RE; REACH Investigators. Realizing effectiveness across continents with hydroxyurea: Enrollment and baseline characteristics of the multicenter REACH study in Sub-Saharan Africa. *Am J Hematol.* 2018 Aug;93(4):537-545. doi: 10.1002/ajh.25034. Epub 2018 Jan 27. PMID: 29318647; PMCID: PMC5870803.
3. Piel FB, Hay SI, Gupta S, Weatherall DJ, Williams TN (2013) Global Burden of Sickle Cell Anaemia in Children under Five, 2010-2050: Modelling Based on Demographics, Excess Mortality, and Interventions. *PLoS Med* 10(7): e1001484. doi:10.1371/journal.pmed.1001484
4. Ranque B, Menet A, Boutouyrie P, Diop IB, Kingue S, Diarra M, N'Guetta R, Diallo D, Diop S, Diagne I, Sanogo I, Tolo A, Chelo D, Wamba G, Gonzalez JP, Aboughèlie C, Diakite CO, Traore Y, Legueun G, Deme-Ly I, Faye BF, Seck M, Kouakou B, Kamara I, Le Jeune S, Jouven X. Circulation. Arterial Stiffness Impairment in Sickle Cell Disease Associated With Chronic Vascular Complications: The Multinational African CADRE Study. 2016 Sep 27;134(13):923-33. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.021015. Epub 2016 Aug 31.
5. Regional Committee for Africa, 60. (2010). Sixtieth Session of the WHO Regional Committee for Africa, Malabo, Equatorial Guinea, 30 August-3 September 2010: Final Report. World Health Organization. Regional Office for Africa. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/19792>.



Sous la direction de

**Souleymane GOMIS, Sylvain Landry Birane FAYE,  
Lamine NDIAYE, Mouhamed Moustapha DIÈYE**

**REVUE DE SOCIOLOGIE, ANTHROPOLOGIE,  
PSYCHOLOGIE (RSAP)**

Numéro spécial – Décembre 2023

**COMPRENDRE ET GOUVERNER LES  
INCERTITUDES EN CONTEXTES DE CRISE**

**Actes du colloque en hommage  
au Professeur Moustapha TAMBA**



# **TRAJECTOIRES DE FEMMES EN SITUATION D'ADDICTION AUX DROGUES INJECTABLES AU SÉNÉGAL : DÉSIR « D'EN SORTIR », INCERTITUDES ET RÉALITÉS**

**Rose André FAYE, Alice DESCLAUX, Idrissa BA, Sylvain Landry Birane FAYE et Khoudia SOW<sup>51</sup>**

## **Résumé**

Les femmes consommatrices de drogues injectables sont soumises à plusieurs vulnérabilités qui souvent sont aussi à l'origine de leur addiction. Outre le problème d'addiction, la littérature disponible montre qu'elles sont souvent plus confrontées que les hommes à la précarité, aux pathologies infectieuses et à la stigmatisation. Le cumul de ces situations affecte la santé générale des femmes. Depuis son ouverture en 2015, les femmes sont minoritaires au Centre de Prise en charge Intégré des addictions (CEPIAD), premier centre de soins moderne pour les usagers de drogues (UD) de l'Afrique de l'Ouest offrant la méthadone. Cet article vise à décrire et à analyser les trajectoires de sorties de l'addiction des femmes UD au Sénégal à travers trois récits de vie détaillée. Nous proposons de décrire les expériences des femmes usagères de drogues en utilisant le concept sociologique de « trajectoire ». Définies comme une suite d'événements se produisant à la fois dans le temps historique et dans le temps biographique, qui peuvent être interprétés au travers de séquences reflétant des processus sociaux, les trajectoires de vie, de consommation et de soins, permettent d'appréhender les déterminants sociaux de l'expérience des femmes, qui fréquentent ou pas le dispositif de prise en charge. Il s'appuie sur des observations et des récits de vies menés entre 2017 et 2021 auprès de 34 femmes à Dakar et à Mbour dans le cadre d'une recherche doctorale.

Nos données montrent trois types de trajectoires de sortie de l'addiction : sans passer par un traitement de substitution par méthadone, marquées par un changement de statut social et amorçant ou parallèles à une re-socialisation. Les trajectoires s'inscrivent généralement dans un projet thérapeutique au long cours et s'étendent souvent sur plusieurs années, ce qui implique que les femmes

---

<sup>51</sup> **Remerciements** : À toutes les participantes de l'étude. À l'équipe du CEPIAD et de l'UPAM. À l'ANRS-MIE (Agence française de recherche sur le sida et les maladies infectieuses émergentes), pour le financement des projets ANRS 12334 et 12383.

utilisent plusieurs modes de sevrage, rechutent et recommencent à consommer. Les parcours sont complexes et empreints d'incertitudes. Les trajectoires identifiées montrent comment s'entrecroisent le traitement des addictions et la socialisation pour les femmes sénégalaises autour des années 2020.

**Mots clés :** trajectoire, drogues, addictions, femmes, genre, incertitudes, réduction des risques, Sénégal, Afrique de l'Ouest

## **Introduction**

La littérature disponible indique que la situation des femmes usagères de drogues (UD) est peu documentée et mal connue en Afrique. Les femmes sont moins visibles dans les études et dans les structures de soins. Les éléments de connaissance issus de plusieurs pays montrent des aspects similaires et des différences en ce qui concerne les expériences de consommation des femmes usagères de drogues (Colbeaux 2012 ; Neff 2018). Cependant, les données sont encore parcellaires et cela nécessite de mener des études épidémiologiques et ethnographiques qui se penchent sur les particularités des femmes. Ainsi, les recherches montrent que les femmes UD à travers le monde font face à de multiples discriminations : en tant que femmes (normes sociales), en tant qu'usagères de drogues (déviantes plutôt que malades), en tant que précaires dans des systèmes inégalitaires. Dans le vécu social des femmes, elles font face à une plus grande stigmatisation que les hommes. À cela s'ajoutent des vulnérabilités cumulées (biologiques, psychologiques, sociales et juridiques). Les femmes peuvent être plus touchées que les hommes par le VIH et le VHC ou être en marge de la responsabilité de leurs enfants...etc. (Jauffret-Roustide 2014 ; Ait-Daoud et al. 2019 ; Mburu, Limmer, et Holland 2019). En l'absence d'information sur ces questions pour les femmes d'Afrique de l'Ouest, il semble important de documenter le vécu des femmes usagères de drogues au Sénégal à plusieurs titres à plusieurs niveaux à partir du concept de trajectoire.

En sciences sociales, la notion de trajectoire s'entend généralement comme la série, plus ou moins ordonnée, des positions successives occupées par un individu ou un groupe dans un espace social défini. Cette notion est notamment appliquée pour aborder la migration. Elle fait référence à l'ordre séquentiel des événements (Jolivet 2007). En sociologie, une trajectoire est définie comme : « Un déplacement dans l'espace social entre une position d'origine et une position d'arrivée. Elle permet de décrire une biographie individuelle sans laisser de côté les structures ou les espaces sociaux au sein desquels elle se déploie » (Lebaron 2014). Il s'agit donc pour l'œil du sociologue d'éclairer les déterminants et les logiques de continuité et de ruptures de linéarités biographiques (Bidart 2006). Chaque parcours de vie d'une personne est une

synthèse de multiples déterminations, d'interactions et des actions de la personne elle-même (Robette 2011).

Jusqu'à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle, l'usage des drogues était considéré comme une déviance morale qui était traitée par un contrôle social basé sur une législation répressive. Puis, le processus de médicalisation<sup>52</sup> conduit à interpréter la consommation non plus seulement comme une déviance mais comme la conséquence d'une addiction. L'addiction est alors définie comme une maladie du cerveau<sup>53</sup>. Toutefois, les addictologues reconnaissent qu'elle ne peut être réduite à une maladie biologique, car elle est liée à des pratiques sociales, à des interactions entre l'utilisateur et son environnement social et familial, et à sa trajectoire de vie. Selon les addictologues, le travail thérapeutique doit prendre en compte ces dimensions socio-familiales et psychiques (Couteron 2006).

Au Sénégal, la médicalisation de l'usage de drogues a conduit à la mise en place de programmes de Réduction des Risques (RdR). Une enquête de prévalence dénommée UDSEN<sup>54</sup> en 2011 à Dakar a révélé la présence de 1324 consommateurs de drogues injectables, parmi lesquels 5,2 % étaient atteints du VIH et 23 % du VHC. Pour répondre à ces besoins de santé, le CEPIAD, premier centre de soins pour les consommateurs de drogues en Afrique de l'Ouest, a été créé en 2014. Depuis 2015, le CEPIAD propose un traitement de substitution à la méthadone pour les consommateurs d'héroïne à Dakar, similaire à la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Pour d'autres substances comme la cocaïne/crack, le CEPIAD offre un traitement symptomatique associé à une psychothérapie, avec des activités de soutien et d'autonomisation. Ce dispositif a été étendu dans d'autres régions depuis 2018, notamment à Thiès (Mbour) et Kaolack.

La médicalisation implique que les consommateurs ont besoin d'être soignés plutôt que réprimés. Peut-on alors guérir ou sortir d'une addiction ? Le terme « rétablissement » est couramment utilisé en addictologie pour décrire le processus de guérison. Il renvoie à l'idée d'un processus de changement par

---

<sup>52</sup> La médicalisation est le « processus par lequel les problèmes non médicaux sont définis et traités comme des problèmes médicaux ». Par exemple, l'usage de drogues est passé d'une condition sociale à une maladie.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3223781/>

<sup>53</sup> D'un point de vue médical, l'addiction est considérée comme une maladie cérébrale chronique qui se caractérise par une recherche et une consommation compulsive de drogue, malgré les conséquences néfastes. Les drogues modifient la structure et le fonctionnement du cerveau. Ces changements cérébraux peuvent être durables et conduire à des comportements nocifs observés chez les personnes qui abusent de drogues.

<sup>54</sup> Étude ANRS 12243 (enquête UDSEN : Usagers de drogues au Sénégal est un projet de recherche opérationnelle réalisée par le Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge clinique (CRCF).

lequel les personnes souffrant d'un trouble lié à la consommation de substances cessent ou réduisent leur consommation, rétablissent des liens sociaux et deviennent des citoyens productifs et responsables. Ce processus implique les niveaux individuel, familial et communautaire (Bouvet 2017). Il conduit souvent à un « aller mieux » plutôt qu'à une « guérison » complète avec sevrage. Les patients doivent apprendre à gérer leur « maladie » en permanence, notamment grâce à la prise de médicaments et à la réadaptation sociale (Stone 2018).

Dans une approche anthropologique, la guérison n'est pas définie seulement d'un point de vue médical, mais elle est considérée comme façonnée par les circonstances historiques et les processus culturels. Selon l'anthropologie de la santé, la guérison relève d'une construction au plan individuel et collectif. Comme la maladie est considérée au travers de trois dimensions : *état bioclinique, représentation (ou vécu) et socialisation* (disease, illness, sickness), la guérison individuelle peut être considérée au travers de « *la guérison bioclinique, guérison perçue et guérison socialisée* » (Desclaux, Diarra et Musso 2021). Cette notion permet d'appréhender la complexité de la guérison.

Pour considérer le parcours individuel qui conduit (ou pas) à la guérison, la notion sociologique de trajectoire est pertinente : elle permet d'aborder des événements se produisant à la fois dans le temps historique et dans le temps biographique, et qui reflètent des processus pouvant être interprétés comme des séquences d'événements (Dubar et Nicourd 2017 ; Fournier-Plamondon et Racine-Saint-Jacques 2014). Les trajectoires d'usage de drogues sont diverses, tout comme les trajectoires pour en sortir. Bien que différentes options de traitement soient maintenant disponibles et reconnues comme efficaces, la plupart des usagers de drogues connaissent plusieurs épisodes de traitement avant d'atteindre une certaine stabilité (Soulet 2002). Ce concept est articulé à la notion de médicalisation et de guérison précédemment développée, car elle permet d'aborder de manière dynamique les expériences de sorties de l'addiction des femmes UD en tenant compte de séquences reflétant des processus sociaux.

L'objectif de cet article est de décrire et analyser les trajectoires de sortie de l'usage des drogues (héroïne et autres opiacés et cocaïne) de femmes qui se perçoivent comme étant « sorties » ou ayant amorcé une sortie de l'addiction. Quelle est la construction sociale, représentée et expérimentée, de la « guérison » dans les trajectoires des femmes UD ? quels sont les motifs et contextes de décision « d'en sortir », les incertitudes et les difficultés rencontrées ? quelle est la perception des effets des pratiques de *rétablissement* au CEPIAD sur leurs trajectoires de sorties ?

## **Méthode, population d'enquête et éthique**

Cet article est basé d'un travail de thèse de socio-anthropologie portant sur les trajectoires de femmes usagères de drogues au Sénégal entre 2016 et 2021. Les enquêtes ont permis de recueillir 34 biographies de ces femmes, dont certaines sont prises en charge au CEPIAD, tandis que d'autres ont été rencontrées dans le milieu des UD à Dakar, Saly et Mbour. Les enquêtes ont débuté par des observations au CEPIAD, suivies d'entretiens approfondis avec les femmes prises en charge, tandis que celles en dehors des centres ont été plus difficiles à identifier et ont été contactées grâce à un médiateur. Des sorties nocturnes ont été organisées pour établir des liens avec ces femmes. Une méthode dite boule-de-neige a été utilisée avec une entrée dans des associations de TS. Tous les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participantes. Les données ont été traduites du wolof en français lorsque nécessaire, retranscrites et saisies, puis nettoyées. Les données ont été anonymisées et pseudonymisées pour garantir la confidentialité des participantes. L'autorisation éthique N° 00000057/ MSAS/DPRS/CNERS a été délivrée par le CNERS et l'autorisation administrative (N° 0000050/MSAS/DPRS/CNERS) dans le cadre du projet de recherche CODISOCS<sup>55</sup> et CODISEN<sup>56</sup> (ANRS 12334).

À partir d'une posture bio-ethnographique, cet article issu de la thèse décrit trois récits de vie détaillés. Les récits de vies présentés ont fait l'objet d'une analyse typologique. La pratique de l'analyse typologique est utile pour réaliser une description organisée et caractériser des individualités historiques. Le recours à la typologie n'a pas pour objet de classer les individus, mais elle vise à rendre intelligibles des expériences vécues (Demazière 2013). Ces récits de vie détaillés n'épuisent pas la diversité des trajectoires mais sont représentatifs des chemins les plus empruntés.

### **Trois trajectoires**

Siga, s'en sortir sans passer par la substitution

Siga est née dans la périphérie dakaroise en 1963. Ses parents ont divorcé quand elle était encore jeune. Elle s'est mariée une première fois au Sénégal avec un compatriote, s'en est suivi un divorce. Elle se remarie une deuxième fois en Espagne avec un dealer nigérien. Ils vont se séparer par la suite. Elle a un enfant dans chacun de ces deux mariages (un garçon et une fille). À partir de 1985, elle voyage et séjourne dans quelques pays d'Europe et d'Afrique. Par la suite, elle rentre définitivement au Sénégal vers 1990. Siga a commencé à consommer de la cocaïne et de l'héroïne quand elle était en Espagne, sous l'influence de ses copains sud-américains, vers 1988. Son second époux étant

---

<sup>55</sup> Consommateurs de Drogues et Dynamiques sociales au Sénégal.

<sup>56</sup> Cohorte de Consommateurs de Drogues Injectables au Sénégal.

un dealer, elle nous dit qu'elle n'avait pas de difficultés à se procurer les drogues jusqu'au moment où elle revient au Sénégal. Après plus de vingt ans dans l'usage de drogues, elle a recours à plusieurs stratégies de sevrage. Lorsque nous l'avons rencontrée pour la première fois en 2017, Siga nous déclare qu'elle essaie d'arrêter l'usage de cocaïne et d'héroïne sans passer par la substitution par méthadone ou un quelconque traitement. Sa connaissance du milieu des UD à Dakar lui a valu d'être intégrée dans l'équipe de terrain du CEPIAD dès l'enquête UDSEN. Elle vit actuellement avec son garçon et sa mère, sa fille est restée en Espagne avec son père. Aujourd'hui, elle considère qu'elle est sortie de l'usage de drogues après avoir connu plusieurs tentatives de recours qu'elle nous raconte.

### **Être hospitalisée en psychiatrie**

Soda a fait l'expérience de la prise en charge psychiatrique plusieurs années avant la mise en place du CEPIAD. La clinique psychiatrique Moussa DIOP de Fann et le centre psychiatrique de Thiaroye ont longtemps été les principaux acteurs du traitement médical des UD de Dakar. Siga a été internée à maintes reprises en psychiatrie par ses proches. De manière générale, la famille occupe une place importante dans le contexte psychiatrique sénégalais, comme l'indique Diagne (2016). La décision d'hospitaliser constitue pour les proches le principal moyen d'agir face au trouble du patient relevant de la santé mentale (Diagne 2016). La démarche d'internement émane le plus souvent de l'entourage du patient et non du sujet lui-même, en particulier en matière d'addiction, comme en témoignent ces propos de Siga :

*Ils m'ont fait hospitaliser dans une psychiatrie, j'ai eu à être internée trois fois, et je me suis échappée à chaque fois. (...) -La quatrième fois, c'est moi qui suis partie moi-même pour leur dire que je veux tout arrêter, que j'ai besoin d'une aide médicale. Les médicaments qu'on me donnait je trouve que ce n'était pas très approprié parce que je devenais comme ces gens-là. Le séjour le plus long que j'ai fait là-bas est une semaine, donc pour cette quatrième fois où c'est moi-même qui suis allée à la psychiatrie, ils avaient refusé parce que je leur ai échappé trois fois de suite. En psychiatrie, on nous donnait des médicaments, (...) ce sont ces trucs que je ne supportais pas. Il y a aussi le fait que j'étais parfois en état de manque, c'est pour cela que je prenais souvent la fuite. Un jour, on m'a rattrapée et on m'a livrée à ces gens-là, et j'ai fait une crise de nerfs très grave. (...)*

*Mais c'est la fois où j'ai décidé d'y aller que j'ai duré une semaine là-bas, mais par la suite j'ai fui encore. (...) Cette fois, j'étais tellement fatiguée que j'ai demandé à ma*

*famille de m'hospitaliser. Il y a des membres de ma famille qui étaient d'accord et d'autres non, mais on a fini par les convaincre et ils m'ont amenée. Je n'ai même pas duré là-bas et je suis partie, j'ai trompé la vigilance des gardiens et je me suis échappée encore. (...) Au départ, ils avaient refusé de me reprendre et j'ai insisté, (...) j'ai fait encore une semaine et je me suis enfuie à nouveau... Un jour, j'ai croisé le professeur dans la rue, elle me dit de monter dans son véhicule pour qu'elle me ramène et j'ai refusé. (...) Alors, quand ils [les membres de la famille] en ont eu marre de moi, ils m'ont laissé tomber complètement. Et, je suis allée rester chez mon copain, là où on vend la drogue.*

Ces propos de Siga témoignent de l'approche en santé mentale qui prévalait avant l'ouverture d'un centre de prise en charge dédié aux addictions au Sénégal. La dégradation physique et psychique qui accompagne la prise de substances dans certains cas contribue à faire percevoir l'utilisateur de drogues comme un malade mental ou un délinquant. Avant l'ouverture du CEPIAD, la plupart des femmes UD rencontrées dans le dispositif de prise en charge déclarent que leurs familles empruntaient généralement les mêmes cheminements thérapeutiques que pour les malades mentaux, tels que l'internement en psychiatrie et/ou le recours à des marabouts. Siga a une longue trajectoire d'usage de drogues marquée par plusieurs épisodes de prise en charge en milieu hospitalier, notamment le sevrage par hospitalisation à la demande de la famille. Ses problèmes de comportements (agressivité, vols) associés à la stigmatisation sociale que provoque la consommation de drogues sont mal vécus par ses proches (honte). Ces derniers se sont alors dirigés vers la seule offre de prise en charge médicale disponible.

Le mode de sevrage par internement et par médicaments (anxiolytiques, antalgiques) est jugé inefficace par Siga et la plupart des femmes qui l'ont expérimenté pour gérer le syndrome de sevrage des opiacés. De plus, Siga ne s'engage pas dans le processus thérapeutique et s'échappe à chaque hospitalisation initiée par sa famille. Elle considère qu'une rupture s'est opérée lorsque la décision de vouloir s'en sortir est venue d'elle-même. Et c'est à partir de la prise de conscience du désarroi que sa situation cause à sa famille et de l'impact de l'usage de drogues sur sa santé qu'elle commence à mobiliser ses ressources pour tenter de s'en sortir :

*« Ce n'est pas une vie quoi, donc je me suis dit il faut que je m'en débarrasse parce que non seulement ça me rongerait la santé, et puis je perdais du poids, mais aussi j'avais des problèmes avec ma famille, mes amis d'avant (...). Et donc je me suis dit que je ne pouvais pas continuer à ce rythme-là, avoir des désaccords avec tout le monde... Donc j'ai*



*réalisé que c'est moi qui suis dans le tort. Alors, je me suis ressaisie et c'est une question de choix, ce n'est pas n'importe quel choix parce que j'étais tellement sous l'emprise de la drogue que ce n'était pas très facile. Donc que j'ai commencé à essayer d'arrêter ».*

À partir de là, Siga est dans une étape de prise de conscience. Elle fait une introspection, se remet en question et décide elle-même de changer de vie. À partir de cette volonté d'arrêter, elle a recours à d'autres stratégies de sevrage, comme le fait de partir loin du milieu des consommateurs de drogues.

### **Partir en retraite thérapeutique**

C'est ainsi que Siga décide d'entreprendre un voyage pour s'éloigner, changer d'univers social et ainsi échapper à la tentation de consommer dans un milieu où elle maîtrise les circuits de disponibilité des produits. Ce voyage est à visée thérapeutique, elle s'inscrit dans le processus de recherche de solution pour s'en sortir :

*En 2010-2011, j'ai pris la décision de fuir le milieu, et je suis partie au Mali chez ma nièce. Le voyage a été difficile (...). Quand on arrivait dans un village, je demandais à pisser, et je consommait dans les toilettes car je gardais mes affaires pour faire du plata<sup>57</sup>. Tu sais, quand je suis arrivée à la gare de Mali, je me suis immédiatement allongée par terre, je ne pouvais plus rien car ma dose était épuisée, et plus tu consommes, plus ton sickness<sup>58</sup> est intense. Ainsi, j'avais la diarrhée, je me suis soulagée dans mes vêtements, j'ai vomi, quand ma nièce est venue me chercher, elle m'a trouvée allongée (...). C'était tellement dur, et tu perds même ta dignité. (...)*

*J'ai fait trois mois là-bas, entre-temps je suis tombée malade (...) Cela a été une motivation de plus... là j'ai arrêté la consommation. Après trois mois, je suis revenue (...) au Sénégal. J'ai changé de logement, mais il s'est trouvé que là où j'habitais aussi, on y vendait de la drogue. (...) Par la suite, j'en ai repris.*

*(...) Mais je ne voulais plus être accro (...)... Le fait d'aller au Mali m'a ramenée, en plus la maladie aussi parce que je ne voulais pas mourir, avec les enfants et autres. Je ne*

---

<sup>57</sup> Terme émique faisant référence à un mode de consommation par inhalation, plus connu sous le nom de *chasser le dragon*.

<sup>58</sup> Terme émique qui renvoie à l'état de manque (syndrome de sevrage dû à l'arrêt brutal de la consommation d'héroïne).

*voulais pas mourir comme ça, (...) je ne voulais plus être nuisible dans ma société.*

La retraite thérapeutique est une stratégie de sevrage auto-contrôlée. Elle témoigne du caractère dynamique des trajectoires et surtout de l'agencéité des femmes. Elle est initiée par les UD soit à travers un voyage ou un déménagement. Elle consiste à s'écarter des contextes qui favorisent la prise de substances et à expérimenter le sevrage. On peut voir dans les trajectoires que l'expérience de l'usage de drogue relève d'un « réseau symbolique et social ». L'idée derrière la retraite thérapeutique est que la rupture avec les réseaux relationnels et les rituels (achat de produit, fréquentations de certains milieux) pourraient aider à sortir de l'addiction. En somme, il s'agit de partir loin, de réfléchir à la manière de se refaire une vie en contournant les situations à risques. Pour Siga, ce mode de sevrage représente le point de départ qui l'a menée vers la sortie de l'addiction. Elle explique que lorsqu'elle a consommé à son retour du Mali, elle a pour une seconde fois opté de s'extraire du milieu en déménageant à Rufisque, une autre ville de la région de Dakar :

*Quand je suis revenue du Mali, j'habitais à la rue X. Donc je suis restée là-bas, et après une semaine, j'ai recommencé à consommer. Mais, par la suite, je me suis dit non, c'était super au Mali, alors je ne peux pas recommencer comme ça, il faut que je me désintoxique, j'avais commencé à redevenir accro, c'est ainsi que j'ai fui à Rufisque puisque c'est un peu loin, mais toujours est-il que j'avais toujours une petite consommation d'héroïne et de cocaïne. Donc je faisais là-bas quelques jours et je revenais à Dakar pour 2 jours et ainsi de suite (...) J'étais avec ma sœur (...), elle est mariée, avec ses enfants et tout. Donc je faisais la navette jusqu'à diminuer considérablement la consommation, je pouvais même rester une semaine sans consommer. Mais c'est en 2019 que j'ai vraiment arrêté, je ne touchais plus à la drogue, j'ai même arrêté de consommé une fois par semaine. Donc de 1989 jusqu'à 2019, c'est combien d'années, ça fait 30 ans de consommation.*

Ainsi, le voyage thérapeutique permet de rompre avec le milieu, de se reconnecter à soi et de diminuer et de contrôler sa consommation. Ce mode d'autocontrôle de la consommation de drogues a été déjà observé par Ndione (2017) qui l'a décrit sous la catégorie « *Voyage hors du milieu* ».

### **Être médiatrice**

En 2017, Siga quittait Rufisque pour venir au CEPIAD tous les matins. Elle travaillait dans le centre comme pair médiatrice Outreach<sup>59</sup> et se chargeait également de l'accueil et de l'orientation des UD. Elle disait qu'elle commençait à s'en sortir par sa propre volonté et ses propres stratégies. Elle nous dit que la méthadone lui a été proposée à l'ouverture du CEPIAD, mais qu'elle a refusé de s'inscrire au programme. Nous avons cherché à savoir les raisons derrière ce refus de prendre ce traitement perçu comme « un miracle » par la plupart des UD que nous avons rencontrés :

*Parce que là je contrôlais ma consommation, (...) Je gouttais de temps en temps parce que j'avais envie de ressentir des trucs, quelque chose comme ça, mais je ne voulais plus être addicté (...). Moi j'ai touché le bout du gouffre quoi, sincèrement (...). Mais c'est quelque chose que j'ai connu (...) et c'est devenu une consommation occasionnelle parce que j'aimais la chose (...)*

*Parce que dans tout médicament, il y a une dépendance (...). Quand la méthadone est arrivée, je n'avais plus ce problème de manque parce que je ne consommais pas jusqu'à avoir un manque. Donc j'étais bien déjà et j'avais un boulot qui me permettait de m'occuper, entre-temps j'ai ramené mon fils, parce que quand j'étais vraiment addicté, son papa est venu le chercher et l'emmener et je n'y pouvais rien (...). Mais quand j'ai commencé à arrêter petit à petit, j'ai ramené mon fils parce qu'il n'était pas bien là-bas, et je suis retournée dans ma famille. Donc il y avait un rebond social, je pouvais vivre mieux que ça, et j'évitais d'aller, (j'allais) le moins possible dans les scènes de drogue (...). Contre ça j'ai lutté, c'était dur quand même, (...), ou bien je vais là-bas, j'achète et je rentre tout de suite, donc c'est juste une petite consommation et ça passe quoi. Ce qui est mauvais, c'est d'acheter et de rester là-bas.*

Ces propos de Siga montrent qu'elle est parvenue à gérer et à contrôler sa consommation jusqu'à arriver à une certaine stabilité. Cependant, elle rapporte que la stabilisation a été possible grâce au fait d'avoir retrouvé une vie de famille et d'avoir un travail. Cela lui a procuré des réseaux d'aide et des motivations à

---

<sup>59</sup> Le pair médiateur ou médiatrice est une personne qui utilise son expérience vécue de rétablissement, ainsi que les compétences acquises dans le cadre d'une formation formelle, pour fournir des services dans des contextes de santé comportementale afin de promouvoir le rétablissement corps-esprit et la résilience. Dans le cadre des activités de Réduction des Risques, le CEPIAD a mis en place une équipe de terrain qui fait de « L'aller vers ». Autrement dit, c'est une équipe qui mène des interventions de proximité dans le milieu des personnes soutenues.

s'en sortir, même si elle maintient une consommation occasionnelle pour se faire plaisir. Le fait d'être médiatrice au CEPIAD et d'avoir récupéré son enfant lui apporte une certaine sécurité et une estime de soi qu'elle avait perdue dans la phase de l'addiction. Elle se sent valorisée à travers ce rôle de médiatrice. Et pour cela, elle fait de son mieux pour servir d'exemple à sa communauté. Ainsi, même si Siga n'est pas inscrite dans le programme méthadone, elle reconnaît que la fréquentation du CEPIAD a été déterminante pour l'aider à maintenir l'arrêt de la consommation abusive d'héroïne et de cocaïne, comme en témoignent ses propos :

*Parce qu'à travers la formation reçue avec l'équipe de terrain, ça m'a beaucoup aidée... (...) Donc les formations sur la drogue en tant que telle et sur les maladies que peut occasionner la consommation de la drogue nous ont éveillées et m'ont poussée davantage vers la porte de sortie. En fait, on peut ignorer une chose, mais si on te fait savoir la chose et que tu la vis en même temps, alors ça peut te permettre d'aller vers la sortie.*

On peut noter dans la trajectoire de Siga que la responsabilisation en tant que pair occupe une place centrale dans le processus de guérison. Être médiatrice participe à la déstigmatisation sociale. Au détour d'une discussion, Siga nous disait que le simple fait de pouvoir expliquer à sa famille qu'elle a un travail à l'hôpital participe à faire changer le regard. Le rôle de pair médiateur est important pour Siga dans le processus de guérison. Elle explique que le fait de participer à des ateliers, de voyager, de prendre conscience des conséquences néfastes des drogues sur la santé, de vouloir gagner en légitimité auprès des pairs est source de motivations et participe à maintenir l'arrêt de l'usage de drogues.

En résumé, Siga a connu plusieurs épisodes de sevrage dans sa trajectoire. Elle a également expérimenté plusieurs stratégies. Aujourd'hui, elle considère qu'elle s'en est sortie alors qu'elle consomme encore de manière occasionnelle. Cela montre la complexité du sens de la guérison. Du point de vue de Siga, « s'en sortir » revient à contrôler sa consommation, à se reconstruire une vie. Sa trajectoire montre que la sortie sans traitement est possible même si l'addiction est considérée d'un point de vue médical comme une maladie chronique. Par ailleurs, en sociologie, il est reconnu que certains consommateurs arrêtent de consommer avec l'âge et le temps joue en faveur de la sortie de l'addiction. On parle alors de « maturing out », autrement dit « la guérison par le vieillissement ». Le « maturing out » fait référence au fait que la consommation de drogues et les troubles liés à l'addiction diminuent considérablement au passage à l'âge adulte, puis au cours de la vie (Vavassori, Harrati, et Favard 2003). Siga a fait une carrière de trente ans dans la consommation de drogues, on pourrait alors penser que sa décision d'arrêt relève d'un processus de

maturation qui conduit à l'arrêt de la consommation de drogues. Mais le voir sous ce registre serait assez réducteur de la complexité des éléments (maladie, désir de rétablir des liens sociaux, ne pas vouloir mourir, rechercher une vie meilleure) qui interagissent et qui l'ont poussée vers cette sortie.

Penda, s'en sortir à partir d'identités nouvelles

Penda a 24 ans. Elle est drépanocytaire SS. Suite à une consommation abusive de Tramadol par prescription médicale, elle devient addictée des injections de Tramadol qu'elle prenait pour calmer les douleurs que lui cause la maladie. Quand nous nous sommes rencontrées au CEPIAD pour la première fois, elle est inscrite au programme méthadone depuis six mois. Cependant, elle alterne des périodes de re-consommation de Tramadol. En 2018, Penda se marie, elle est heureuse de commencer une nouvelle vie, elle pense à arrêter la substitution. En 2019, quelque temps après la naissance de son enfant, elle décide de rompre avec la prise en charge au CEPIAD. Aujourd'hui, elle se perçoit comme guérie de l'addiction car après plus d'un an d'arrêt, elle n'a pas reconsumé du Tramadol.

### **Avoir recours au CEPIAD**

La première étape vers une sortie de l'addiction pour Penda a été le recours au CEPIAD. Penda nous explique qu'elle y a été conduite par son père. Dans un premier temps, elle nous dit que les addictologues au CEPIAD avaient opté pour une hospitalisation en psychiatrie car ils ne souhaitaient pas l'inscrire au programme méthadone à cause de son jeune âge (24 ans). De plus, on lui avait également diagnostiqué une dépendance à la pratique de l'injection. Après 20 jours d'hospitalisation à la clinique psychiatrique de Fann, elle arrête d'utiliser le Tramadol pendant deux mois. Par la suite, elle recommence à s'injecter l'antalgique ; la méthadone lui est alors proposée en dernier recours. Penda explique qu'elle ne voulait pas fréquenter le CEPIAD car la décision d'entrée en traitement ne venait pas d'elle. Cependant, au fil des mois, elle constate des effets positifs de la prise de la TSO sur sa santé :

*En réalité, je n'avais aucune motivation, c'est mon père qui m'a poussée à aller faire le traitement, et c'était une obligation car j'abusais de la substance, et ce n'était pas normal car ça pouvait me tuer, raison pour laquelle il m'a prise de force pour m'emmener. Mais quand je suis allée là-bas et que j'ai réalisé l'avantage du traitement, alors j'ai commencé à avoir de la motivation. En une semaine, j'ai vu des changements. Dans cette semaine-là, j'ai arrêté de m'injecter le produit.*

Cet arrêt après une semaine ne va pas durer. Penda va alterner des phases de re-consommation. Comme beaucoup d'autres patients sous méthadone rencontrés, les premiers moments du traitement ne sont pas faciles, mais sont

empreints d'incertitudes. Entre les effets secondaires perçus (insomnies, constipation...) et les recon consommations, les patients essaient de discuter avec l'addictologue traitant (Faye et Desclaux 2018). Les addictologues décident alors de réajuster les doses de méthadone prescrite jusqu'à ce que le patient se sente suffisamment stable, comme l'indiquent ces propos de Penda :

*Je prenais 45 mg. Ensuite, j'ai diminué jusqu'à 40, à un moment c'était 35, et la dose a augmenté jusqu'à 60. Avec les 60, j'étais bien pendant un certain temps. Après, j'ai constaté que c'était un peu trop (...) Après mon mariage, j'avais fait un arrêt brusque, et là je suis tombée malade car j'avais mal au ventre. Quand je suis allée chez le médecin, il m'a fait savoir qu'on n'arrête pas de cette manière, il faut d'abord se faire consulter par le médecin, diminuer progressivement avant d'arrêter. C'est ainsi que j'ai repris la dose petit à petit et on l'a diminuée jusqu'à 45.*

Penda valorise les effets thérapeutiques de la méthadone qui lui ont permis de diminuer la consommation de Tramadol. Cependant, la durée du traitement lui pose problème, surtout quand elle entame une nouvelle vie après son mariage :

*J'en avais marre d'aller à l'hôpital pour la dose, je voulais vraiment arrêter aussi (...) J'avais un emport chaque deux jours. Mon mari ne l'a jamais aimé, même avant le mariage, il n'a jamais aimé les médicaments, l'injection et autres. Ma belle-famille n'avait pas de problèmes à cela, mais c'est moi qui voulais vraiment arrêter, mon mari ne l'aimait pas mais il essayait de gérer quand même.*

Cette situation, nous l'avons observée auprès de plusieurs patients sous méthadone, lorsque les patients arrivent à une certaine stabilisation (diminution ou cessation de la consommation, resocialisation) émerge la question de la sortie du traitement du CEPIAD. En 2018, lors de nos premières enquêtes, nous avons constaté qu'après plus de deux ans de traitement, certains patients se perçoivent dépendants de la méthadone et réclament une diminution progressive de leur dose en vue de sortir du programme (Faye et Desclaux 2018). Par ailleurs, Penda estime que le recours au CEPIAD l'a aidée à se stabiliser, mais que cela n'a pas été l'élément déterminant dans sa trajectoire de sortie de l'addiction :

*À vrai dire, ce n'est pas la méthadone qui m'a guérie car si c'était ça, j'en étais sortie il y a longtemps (...), mais quand même elle a contribué (...) quand je faisais des rechutes, c'est la méthadone qui m'aidait un peu à me maîtriser, mais à la fin c'était par décision personnelle.*

*Mais aussi il y a les docteurs qui m'ont aidée ainsi que les activités qu'on faisait là-bas, les causeries, la sensibilisation, mais les docteurs ont beaucoup contribué à l'arrêt. (...) En réalité, ce n'est pas tout ça qui a été la cause de ma sortie (...) Ma nouvelle vie a participé à mon rétablissement, la vie normale que je voulais vivre. Mes camarades avec qui j'étais là-bas, car je me disais que nous n'avions pas les mêmes raisons d'être dans ce milieu et ma place n'était pas là-bas car je ne me considérais pas comme un junky<sup>60</sup>. (...) C'était aussi des gens qui m'ont appris beaucoup de choses car c'était des innocents auparavant, mais ils sont devenus dépendants et c'était très difficile d'en ressortir (...). Mais ils ne m'ont jamais influencée car je n'ai jamais fumé ni utilisé la drogue dure.*

Ces propos de Penda montrent qu'elle rejette l'étiquetage de « droguée ». Elle ne veut pas être assimilée à une « junkie ». Elle nous répétait à chaque occasion qu'elle ne s'identifie comme une usagère de drogues, elle est devenue addictive en abusant d'un médicament. Ce refus du stigmate peut être interprété comme un mode d'autoprotection et un désir de ne pas s'enfermer dans un univers marqué par la stigmatisation et l'exclusion. Cette idée de s'écarter au mieux de l'image de junky a eu un impact considérable sur la trajectoire de sortie de Penda. Elle constitue, pour elle, une motivation centrale pour retourner à « une vie normale ».

### **Se marier et être mère, étape décisive vers la sortie**

Pour Penda, sa sortie de l'addiction est liée à sa nouvelle vie de femme. Désormais, elle est épouse et mère. Cependant, malgré ses tentatives d'arrêter complètement l'usage du Tramadol et de la méthadone, elle avait jusque-là des difficultés à s'en sortir. L'arrivée d'un enfant a été pour Penda un événement qui a marqué la rupture et l'a conduite vers la sortie de l'addiction :

*Lorsque je devais accoucher par césarienne, c'est la veille que j'ai arrêté la prise de dose de méthadone et aussi le Tramadol et cela depuis deux ans (...) Je ne l'avais pas préparé, c'était plutôt ma décision car je ne voulais pas que l'enfant soit dépendant. Mais quand il est né, j'étais en manque car j'avais arrêté la dose la veille de l'accouchement, donc c'est pourquoi ça m'a un peu fatiguée au début car le bébé pleurait beaucoup. C'est*

---

<sup>60</sup> Le terme « junky » est né dans les années 1920, dérivé des « junkmen » de la ville de New York. Il désigne toxicomanes plus particulièrement des héroïnomanes. Il renvoie à une image dégradée de l'usager de drogues associée à la déchéance et la criminalité <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608002980>

*après que le médecin m'a dit que c'est à cause du sevrage, (...) Non ce n'était pas mon gynéco, c'était l'addictologue au CEPIAD qui me l'avait dit. Le bébé n'était pas pris en charge, c'est moi qui le gérais personnellement (...) En fait, je ne lui avais rien donné, j'avais juste bien géré le sevrage. Quand j'ai arrêté aussi, je n'avais pas trop mal, je ne sais pas si ce sont les médicaments qu'on me donnait pour calmer les douleurs de la césarienne ou bien, mais vraiment je n'avais pris aucun médicament. Je n'avais pas aussi avisé le CEPIAD, j'avais juste décidé d'arrêter. (...) Lors du baptême de mon enfant, ils sont venus [des membres de l'équipe du CEPIAD] pour m'apporter ma dose, mais à vrai dire les doses sont toujours dans mon sac, je ne les ai jamais touchées<sup>61</sup>.*

Si les événements biographiques jouent une place centrale dans les parcours initiatiques, ils sont également des éléments qui influencent les trajectoires de sortie. Les grossesses et la maternité sont souvent décrites dans la littérature disponible comme des étapes où les femmes arrêtent ou modifient la consommation (Simmat-Durand et al. 2013). Le cas de Penda met en évidence cette corrélation entre maternité et sortie de l'addiction. Cependant, cette situation n'est pas applicable à toutes les trajectoires : les femmes les plus engagées dans la consommation de drogues ont plutôt décrit le moment de la grossesse comme une période de pause. La plupart d'entre elles ont continué à consommer après la naissance de l'enfant.

La trajectoire de Penda nous renseigne sur l'impact des rôles de genre (épouse, mère) dans les trajectoires de sorties. Le mariage est la passerelle vers de nouveaux rôles de conjugalité et de parentalité. Ce changement de statut confère une nouvelle identité qui conduit également à des transitions dans l'expérience de la consommation de drogues chez les femmes. Bien qu'aujourd'hui les femmes évoluent davantage dans la sphère publique, elles ont toujours la responsabilité principale et souvent unique de la « sphère privée », en particulier la tenue du foyer et de la gestion des enfants. L'arrêt avec le mariage ou la maternité montre aussi que les identités positives et les rôles sociaux de la personne peuvent constituer des motivations de changement. Les réseaux sociaux et les liens d'une personne facilitent le rétablissement. Par ailleurs, l'aspect transitoire des identités soulève des questions sur le maintien dans le temps des effets des changements de rôles sur le rétablissement. Par exemple, on peut se demander si ces effets restent bénéfiques après un divorce.

Toujours est-il que quand nous avons rencontré Penda une dernière fois en 2021, elle est toujours mariée et son enfant a presque trois ans. Elle insiste sur

---

<sup>61</sup> Le bébé a deux ans au moment de cet entretien.



le fait qu'elle essaie de se renouveler, et pour cela, elle a coupé tout contact avec ses camarades du CEPIAD. Elle fait son petit commerce en vendant des fatayas et des beignets, elle nous explique la manière dont son père et son mari sont fiers d'elle. De plus, elle est à nouveau enceinte. Pour elle, sortir de l'addiction, c'est aussi se renouveler sur le plan social.

Soda, s'en sortir à petits pas

Soda est née en 1966 dans la ville de Dakar. Elle se marie une première fois à l'âge de 16 ans. Elle a six enfants, l'un d'eux est décédé. Après une dizaine d'années de mariage, son mari prend une seconde épouse. Soda a vécu la venue de cette coépouse comme une trahison de la part de son mari. Elle va divorcer par la suite... Son mari récupère ses enfants et les confie à la coépouse. Déçue par cette situation, elle commence par consommer de l'alcool et du cannabis dans les bars, ensuite de l'héroïne et plus tard de la cocaïne. Soda exerce aussi une activité de prostitution pendant trois ou quatre ans pour pouvoir assurer ses consommations. Puis, elle se remarie avec un consommateur d'alcool et de cannabis. Elle découvre par la suite qu'elle est porteuse du VIH ; elle est mise sous traitement quelque temps après à l'hôpital de Ouakam. Soda nous confie que c'est son second mari qui lui a transmis le virus.

Soda a alterné plusieurs stratégies de sevrage pour tenter de s'en sortir : l'hospitalisation en psychiatrie, l'abstinence, le recours au CEPIAD. Par ailleurs, elle considère qu'elle a amorcé une sortie de l'addiction avec l'aide du CEPIAD. Début 2017, lorsque nous l'avons rencontrée à la Médina pour la première fois, elle hésitait à fréquenter le CEPIAD, redoutant d'être stigmatisée, et parce qu'elle avait des doutes sur l'efficacité du traitement par méthadone. Elle nous dit avoir entamé une démarche d'inscription au programme à l'ouverture du CEPIAD, mais avoir abandonné par la suite du fait de la lenteur du processus d'inclusion. Fin 2017, avec les sensibilisations des pairs médiateurs sur le terrain, elle accepte finalement de fréquenter le centre. Depuis cette année, elle prend son traitement à base de méthadone et participe activement aux activités du CEPIAD. À notre dernière rencontre en 2022, elle déclare être sortie de l'addiction à l'héroïne, mais elle consomme encore de la cocaïne, alors qu'elle aimerait tout arrêter.

### **Amorcer une resocialisation grâce au CEPIAD**

Soda estime que la fréquentation du CEPIAD a été la solution « miracle » à son problème d'addiction, bien qu'elle n'ait pas cessé toute consommation de drogue. Elle voit sa guérison dans le changement de regard de son entourage, dans le retour à une vie sociale depuis qu'elle s'est stabilisée avec le recours au dispositif du CEPIAD. Pour comprendre cette façon de concevoir sa sortie de l'addiction, il est important de revenir sur sa trajectoire de consommation et la perte de liens qui s'en est suivie. Cette situation, Soda nous la raconte avec beaucoup d'émotion :

*Avant, j'étais belle et respectable, mon mari était riche, je ne manquais de rien, (...), mais on m'a maraboutée, l'affaire de coépouse, je ne sais pas qui mais seul Dieu sait... Quand j'ai quitté chez mon mari... Par la suite, on a enceinté deux de mes filles, ensuite je suis entrée dans la drogue en fumant du cannabis car j'étais découragée, déçue. (...) Ensuite, mon ex-mari est décédé (...) mes enfants sont restés avec ma coépouse à cause de la vie que je menais (elle pleure). Lors du mariage de ma fille, c'est une autre femme [la coépouse] qui a encaissé la dote qu'on lui a offerte. Ma fille-là est l'aînée de mes enfants et cela m'a fait très mal. Le mariage m'a trouvée dans un bar (...)*

*J'ai vécu ce malheur mais actuellement je rends grâce à Dieu. (...) (elle pleure). Si le CEPIAD n'était pas là, je serais morte il y a longtemps, la moitié de mes compagnons sont décédés. (...). Tout le monde m'a tourné le dos, même ma mère (elle pleure). (...). J'ai essayé plusieurs fois de me sevrer...*

*[Après avoir arrêté sa consommation pendant deux mois par abstinence, elle découvre son statut VIH]. Ils m'ont dit que j'ai eu le virus, ce jour-là j'avais tellement honte et c'était la fin du monde pour moi. Alors j'ai réalisé que mon amaigrissement n'était pas dû à la came mais plutôt à cette maladie. Je me souvenais que parfois je me disputais avec des amis qui me disaient que je ressemblais à un malade du sida, donc c'était vrai. C'est après que j'ai recommencé à fumer car je ne voulais plus de la vie.*

Ces propos témoignent de la relégation sociale qu'engendre l'abus de drogues. Soda estime avoir tout perdu avec l'addiction aux substances : sa beauté, ses enfants, sa mère, ses sœurs, sa santé et même ses camarades avec qui elle consommait. On voit dans le récit de Soda toutes les situations d'exclusion sociale qui marquent fréquemment l'itinéraire de plusieurs femmes UD. Dès lors, on comprend mieux que l'accès à un traitement soit vécu comme un mode de survie ou un retour à une vie sociale acceptable. Lorsque les autres appartenances sociales sont fragilisées, le lieu de soin se dresse comme un autre mode de sociabilité, dans un nouveau milieu, comme nous l'explique Soda :

*J'aime venir au CEPIAD, les patients sont mes partenaires et on doit nous laisser nous voir au lieu de nous demander de rentrer, comme on le fait maintenant<sup>62</sup>. C'est bien qu'on*

---

<sup>62</sup> Dans le contexte de la Covid-19, le personnel du CEPIAD a demandé aux UD de ne plus se regrouper dans le centre pour respecter la distanciation sociale.

*se voie là-bas jusqu'à certaines heures et chacun rentre chez lui, je pense que ça pourrait nous encourager même à abandonner totalement la drogue. Les activités aussi qu'on nous proposait étaient très intéressantes, notamment la cuisine. L'homme est le remède de l'homme<sup>63</sup>.*

Soda suit le traitement depuis maintenant trois ans. L'arrêt de la consommation d'héroïne ne s'est pas opéré de manière immédiate. Au fil des réajustements des doses de méthadone avec l'aide de son addictologue (20 mg, puis 50 mg et ensuite 60 mg), elle est parvenue depuis un an à ne plus consommer. Maintenant elle se sent guérie car elle retrouve sa place de mère auprès de ses enfants. Elle respecte son traitement ARV et elle a le soutien de son mari, elle est retournée à une vie sociale. Tout cela constitue pour elle une forme de rédemption et influence positivement le processus de rétablissement :

*Je rends grâce à Dieu, je me lave, je prie et je n'ai aucun problème avec les autres. (...) Je mène une vie normale. (...) L'assistant social m'a beaucoup aidée (...) avec le CODISEN<sup>64</sup> à faire les examens de santé. (...) Autre chose c'est que si j'ai une ordonnance à acheter, parfois on m'aide (...). Là on me considère dans ce milieu et je participe aux clubs. (...) c'est juste que ça a changé ma vie...*

*Maintenant je me suis rapprochée de mes enfants, il n'y a que ma fille aînée qui pose problème (...). Parfois elle m'aide mais elle me regarde toujours d'un mauvais œil. Mon garçon me trouvait parfois à la rue 5 pour m'aider, c'est un Baye Fall<sup>65</sup>. (...) Ma fille aînée me disait souvent que si elle m'offre de l'argent et que j'achète de la drogue, elle ne me le pardonnerait jamais. C'est toutes ces choses qui me traversent ma tête jusqu'à présent. (...)*

Cette perception du CEPIAD comme bénéfique à l'adaptation des patients a été évoquée dans d'autres récits de vie. Certaines femmes déclarent avoir cessé la prostitution avec le recours au CEPIAD et avoir regagné la confiance de leurs familles. Elles considèrent la resocialisation comme un repère important de leur processus de guérison. La dimension sociale dans la relation thérapeutique est également un autre élément important qui apparaît dans le récit de Soda. Cela témoigne du fait que la RdR telle que pratiquée au CEPIAD ne se limite pas

---

<sup>63</sup> Renvoi à un aphorisme ancien en wolof (Nit nit ay garabam).

<sup>64</sup> Ce projet de recherche assurait le suivi des consommateurs de drogues injectables et prenait en charge leurs examens cliniques et leurs traitements liés à l'addiction.

<sup>65</sup> Branche de la confrérie mouride au Sénégal qui met en avant l'importance du travail pour les autres.

seulement à la TSO par méthadone et au traitement du VIH mais englobe aussi un soutien social qui influence les trajectoires de sortie de l'addiction. Les variétés de soutiens disponibles indiqués par Soda, notamment les activités de convivialité, constituent une socialité alternative pour des personnes dont les trajectoires sont marquées par l'exclusion. Ici, sortir de l'addiction, c'est aussi amorcer une réadaptation sociale.

### **Désir d'arrêter toutes les autres drogues**

La plupart des femmes qui sont sous méthadone au CEPIAD consomment parfois plusieurs produits en même temps (ce qui est qualifié en addictologie de « polyusage »). C'est pourquoi il n'est pas rare que d'autres addictions ou usages occasionnels subsistent même lorsqu'elles arrêtent l'héroïne. Soda continue à consommer le cannabis et la cocaïne. Elle désire cependant arrêter toute sorte de consommation, mais elle estime que ce n'est pas facile de tout contrôler, et la cocaïne l'aide à tenir pendant les moments de stress :

*Actuellement, j'ai abandonné complètement l'héroïne (...)  
Mon problème c'est le Xeer, je la fume toujours ainsi que  
le chanvre indien et le crack, ça coûte 5000 à 10000<sup>66</sup>.  
Mais, quand je ne les ai pas, il n'y a pas de problème de  
manque comme avec l'héroïne. Je le consomme au feeling.  
Je les utilise juste pour oublier ma maladie. Le chanvre  
indien, je l'utilise pour digérer et bien manger. (...) je veux  
l'arrêter (...). Je ne sais pas s'il y a des médicaments pour  
le crack, je crois qu'il n'en existe que pour l'héroïne. Je  
n'en entends pas parler souvent et je n'en ai jamais discuté  
avec les docteurs, mais je vais essayer d'en discuter avec  
eux ? (...) Si j'avais une activité à mener, j'allais l'arrêter.  
(...) quand je reste comme ça je pense beaucoup et j'ai des  
migraines, mais si j'avais une activité à faire, je pense que  
je vais tout abandonner...*

Même si la consommation de cocaïne semble revêtir une fonction thérapeutique pour Soda (gestion du stress), elle estime avoir besoin d'aide pour s'en sortir. Alors que le CEPIAD propose une psychothérapie pour les consommatrices de cocaïne, elle semble méconnaître cette offre. La persistance de la consommation de cocaïne ou d'un autre produit malgré le traitement au CEPIAD est mentionnée également dans d'autres récits. Soda maintient l'utilisation d'autres produits, cela ne signifie pas à ses yeux qu'elle n'a pas entamé un processus de guérison. Elle est consciente du fait qu'il faut faire des petits pas pour s'en sortir. Le rétablissement est vécu comme un processus qui implique de passer d'une étape à une autre, de la guérison de l'addiction à un produit, à un autre produit. La gestion de la consommation et l'amélioration de

---

<sup>66</sup> Environ 15 euros.

la vie sociale semblent assez significatives dans la construction de la guérison de l'addiction. Le récit de vie de Soda montre qu'elle se sent confiante et plus en sécurité avec la prise en charge au CEPIAD. Mais on voit aussi que cette stabilisation suscite des attentes sociales comme le besoin d'être aidée à s'autonomiser.

## Discussion

Les récits de vie de Siga, Penda et Soda illustrent trois types de trajectoires de sortie de l'addiction : des trajectoires sans passer par la substitution, des trajectoires marquées par un changement de statut social et des trajectoires amorçant une re-socialisation. Dans les trajectoires sans passer par la substitution comme le cas de Siga, on note que c'est la volonté individuelle qui est mise en avant dans le processus de sortie, c'est une sortie auto-contrôlée rythmée par la remise en question, la capacité de s'extirper du milieu des usagers de drogues et le fait d'accéder à une identité nouvelle valorisée (médiatrice). Dans les trajectoires marquées par un changement de statut social (épouse, mère), le traitement au CEPIAD est perçu comme bénéfique et comme une voie d'acquisition d'une stabilité. Cependant, on note un refus du stigmatisme de *junky*<sup>67</sup>, et la substitution par méthadone est perçue comme une nouvelle dépendance. Le processus de « guérison » est imputé à de nouvelles identités positives valorisées dans la société sénégalaise. Dans les trajectoires amorçant une resocialisation, le traitement au CEPIAD est perçu comme « un miracle », une voie de rédemption vers la récupération d'une identité qui avait été altérée, et le processus de dé-stigmatisation sociale offre la promesse d'une sortie à petits pas.

Les histoires de vie des femmes UD montrent que même si l'addiction est une maladie du point de vue médical, elle est aussi une construction sociale. Rendre compte des trajectoires de sortie est un exercice difficile car il n'est pas aisé de distinguer ce qui relève du traitement de ce qui dépend des facteurs individuels. Nous avons noté des tournants décisifs dans tous les processus de sortie de l'addiction, qui peuvent être considérés comme des déterminants contextuels : ces tournants sont le plus souvent des événements qui obligent à envisager de faire quelque chose, à réagir pour s'en sortir. Quatre types de tournants témoignent de l'impact de ces déterminants contextuels dans les récits de Siga, Penda et Soda : des problèmes avec les membres de la famille, la maladie, le mariage, la maternité.

D'autre part, leurs trajectoires montrent que le succès ne dépend pas nécessairement du type de traitement ou du mode de sevrage. Cet aspect a été souligné en sciences sociales, notamment par le sociologue R. Castel qui a été défendu dès les années 1990 que l'addiction ne peut être réduite à une maladie du cerveau (CASTEL et al. 1998). Plus largement, tous les usagers de drogues

---

<sup>67</sup> Rejet de l'étiquetage de « droguée ».

n'ont pas recours à des dispositifs spécialisés et même lorsqu'ils le font, le traitement n'est pas toujours identifié comme le facteur déterminant de la sortie. Enfin, des périodes d'interruption de la consommation peuvent alterner avec des reprises, ou avec des phases de réduction des risques et de consommation contrôlée. La « sortie » est donc une étape du parcours de l'usager, lorsqu'interagissent plusieurs éléments (le recours à un dispositif, les ressources individuelles, le soutien social et familial, la volonté...), qui correspond rarement à un sevrage unique et définitif, comme cela avait été montré en Europe (CASTEL et al. 1998).

D'autres recherches publiées et menées en Afrique ont identifié des processus de sortie de l'addiction, sur la base de stratégies proches de nos résultats. Ndione (2021) a montré, auprès d'une population majoritairement composée d'hommes, que les usagers au Sénégal utilisent cinq voies de sevrage. Ces stratégies de sortie incluent : l'hospitalisation en service de psychiatrie, l'incarcération volontaire, l'automédication, le voyage hors du milieu, le recours au CEPIAD (Ndione et Desclaux 2021). En les confrontant avec nos données, on se rend compte que les différences entre les femmes et les hommes dans le processus de sortie de l'addiction sont étroitement liées aux normes culturelles et aux rôles de genre. Dans notre étude, les processus de sortie des femmes mettent davantage en jeu les aspects personnels et émotionnels des expériences liées à la drogue (par exemple, les problèmes familiaux, le rôle de mère, le fait de ne pas vouloir que son enfant soit dépendant, le désir de récupérer son enfant), tandis que dans l'étude de Ndione (2021) les hommes dépendaient davantage de déterminants externes contextuels et biographiques, par exemple l'incarcération (Ndione et Desclaux 2021). Nos résultats au Sénégal se rapprochent davantage de ceux d'une étude menée au Canada en 2016, qui montraient que la grossesse et la maternité jouent un rôle important dans la sortie des addictions (Couvrette, Brochu, et Plourde 2016). Pour les femmes plus particulièrement, les difficultés à assumer leurs responsabilités parentales et la crainte que leurs enfants ne deviennent dépendants ou ne leur soient enlevés, sont les principaux déterminants de l'arrêt de la consommation de drogues. Ainsi, nos observations laissent penser que les différences de genre sont plus importantes que les différences de contexte socioculturel.

## **Conclusion**

Nos résultats montrent que les facteurs psychosociaux sont importants dans le processus de la guérison. L'offre de soins du CEPIAD est essentielle pour les femmes, même si elles ont leurs stratégies de sortie qui reposent sur leur agencéité, et même si le changement de statut social vers un statut d'épouse et mère très valorisé dans la société sénégalaise peut avoir un impact majeur sur leur condition (ce qui n'est pas observé dans tous les cas). On peut penser qu'un counseling auprès des femmes usagères qui situerait chacune d'entre elles en examinant la possibilité qu'elle rejoigne une de ces trois possibles trajectoires

constituerait une intervention genrée qui pourrait être testée au CEPIAD et dans les autres centres de traitement des addictions.

Par ailleurs, les récits de vies que nous avons recueillies montrent qu'il y a différents facteurs à partir desquels les femmes construisent et expérimentent la sortie de l'addiction. La diversité des situations rencontrées traduit que c'est à partir d'une combinaison de facteurs et non pas dans une causalité linéaire que les femmes elles-mêmes construisent la dynamique de leurs histoires de vies. C'est pourquoi nous avons privilégié la notion de trajectoire pour rendre compte des biographies des femmes. Ce concept a permis de décrire et d'analyser différentes voies de sortie de l'addiction ainsi que les incertitudes, facteurs et événements qui facilitent ou limitent le passage d'une étape à l'autre. Le concept de trajectoire est important pour comprendre comment les femmes se rétablissent de leur addiction. Cependant, il existe des limites, notamment lorsqu'il s'agit d'interpréter les événements mis en évidence dans les récits de vies. Les manières de se raconter peuvent être influencées par un ensemble de facteurs (victimisation, inclusion dans le dispositif de prise en charge) et devenir des discours « tout fait » qui structurent l'expérience. D'un point de vue analytique, nous avons adopté la définition de trajectoires comme des événements décrits dans leur enchaînement dans un récit que le chercheur ou la personne interrogée considère comme ayant des conséquences importantes sur sa vie, son identité et son itinéraire d'usage de drogues. Cette trajectoire indique des liens entre les événements, les décisions prises et les soins compte tenu du contexte socioculturel.

## Bibliographie

Ait-Daoud, Nassima, Derek Blevins, Surbhi Khanna, Sana Sharma, Christopher P. Holstege, et Pooja Amin. 2019. « Women and Addiction: An Update ». *The Medical Clinics of North America* 103 (4) : 699-711.  
<http://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.03.002>.

Bidart, Claire. 2006. « Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques ». *Cahiers internationaux de sociologie* n° 120 (1): 29-57.

Bouvet, Marlène. 2017. « Lise Demailly et Nadia Garnoussi (dir.), Aller mieux. Approches sociologiques ». *Lectures*, juin.  
<http://journals.openedition.org/lectures/22988>.

CASTEL, R., M. BENARD-PELLEN, C. BONNEMAIN, N. BOULLENGER, A. COPPEL, G. LECLERC, A. OGIEN, et M. WEINBERGER. 1998. *Les sorties de la toxicomanie*. Res Socialis. Fribourg : Editions Universitaires de Fribourg.

Colbeaux, Christian, éd. 2012. *Sexe, genre et addiction : actes des dixièmes rencontres de l'U.S.I.D., l'Unité de soins et d'information sur les drogues du Centre hospitalier de Douai, le jeudi 30 septembre 2010 à l'Université des sciences juridiques et politiques « Alexis de Tocqueville », Douai*. Paris : L'Harmattan.

Couteron, Jean-Pierre. 2006. « Toxicomanies, addictions, quel(le)s mode(s) de sortie ? » *Psychotropes* Vol. 12 (3) : 11-19.

Couvrete, Amélie, Serge Brochu, et Chantal Plourde. 2016. « The “Deviant Good Mother”: Motherhood Experiences of Substance-Using and Lawbreaking Women ». *Journal of Drug Issues* 46 (4) : 292-307. <https://doi.org/10.1177/0022042616649003>.

Demazière, Didier. 2013. « Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues ». *Sociologie* Vol. 4 (3) : 333-47.

Desclaux, Alice, Aïssa Diarra, et Sandrine Musso, éd. 2021. *Guérir en Afrique : Promesses et transformations*. Paris : Editions L'Harmattan.

Diagne, Papa Mamadou. 2016. « Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise. Socio-anthropologie de la santé mentale au Sénégal ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 13 (novembre). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2171>.

Dubar, Claude, et Sandrine Nicourd. 2017. « III / Expliquer les trajectoires sociales ». *Reperes*, février, 29-42.

Faye, Rose André, et Alice Desclaux. 2018. « La prise en charge des consommateurs de drogues injectables à Dakar : succès et échecs de la méthadone vus par les patients et les soignants ». In , 7. Ouidah (Bénin).

Fournier-Plamondon, Anne-Sophie, et Jules Racine-Saint-Jacques. 2014. « (Re)Constituer la trajectoire ». *Conserveries mémorielles. Revue transdisciplinaire*, n° # 15 (mai). <http://journals.openedition.org/cm/1740>.

Jauffret-Roustide, Marie. 2014. « Les inégalités sociales dans le champ des addictions ». *Les Tribunes de la santé* n° 43 (2) : 61-68.

Jolivet, Violaine. 2007. « La notion de trajectoire en géographie, une clé pour analyser les mobilités ?. Regard croisé sur des trajectoires caribéennes ». *EchoGéo*, n° 2 (septembre). <https://doi.org/10.4000/echogeo.1704>.

Lebaron, Frédéric. 2014. *Les 300 mots de la sociologie*. Dunod. Paris: Dunod.

Mburu, Gitau, Mark Limmer, et Paula Holland. 2019. « Role of Boyfriends and Intimate Sexual Partners in the Initiation and Maintenance of Injecting



Drug Use among Women in Coastal Kenya ». *Addictive Behaviors* 93 (juin): 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.013>.

Ndione, Albert Gautier, et Alice Desclaux. 2021. « Devenir clean. Voies et formes de la guérison de l'addiction chez les consommateurs d'héroïne et de cocaïne au Sénégal ». In *Guérir en Afrique. Promesses et transformations*, par Alice Desclaux, Aïssa Diarra, et Sandrine Musso, 233-54. Paris : L'Harmattan.

Neff, Maïa. 2018. « Usages de drogues au féminin et production du savoir académique ». *Déviance et Société* Vol. 42 (3) : 569-95.

Robette, Nicolas. 2011. *Explorer et décrire les parcours de vie : les typologies de trajectoires*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01016125>.

Simmat-Durand, Laurence, Natacha Vellut, Marie Jauffret-Roustide, Laurent Michel, Sarra Mougel, Claude Lejeune, et Maëlle Planche. 2013. « Trajectoires de femmes en sortie des addictions : quelle place pour les grossesses ? » *Psychotropes* Vol. 19 (3) : 35-60.

Soulet, Marc-Henry. 2002. *Gérer sa consommation : drogues dures et enjeu de conventionnalité*. Saint-Paul.

Stone, Elizabeth. 2018. « Is There “Hope for Every Addicted American”? The New U.S. War on Drugs ». *Social Sciences* 7 (1) : 3. <https://doi.org/10.3390/socsci7010003>.

Vavassori, David, Sonia Harrati, et Anne-Marie Favard. 2003. « Le processus de sortie de la toxicomanie : l'attrition ». *Psychotropes* Vol. 9 (2) : 83-101.

## L'émergence de nouvelles drogues en Afrique de l'Ouest exige une réponse rapide

Publié: 24 juin 2024, 17:20 CEST

### Alice Desclaux

Anthropologue de la santé, TransVIHMI, Institut de recherche pour le développement (IRD)

### Khoudia Sow

Médecin, anthropologie médicale, coordonnatrice de l'équipe Sciences sociales au Centre régional de recherche et de formation à la prise en charge de Fann à Dakar, Sénégal (CRCF), Institut de recherche pour le développement (IRD)

### Rose André Faye

post-doctorante en anthropologie, Institut de recherche pour le développement (IRD)



Légende La résine de cannabis comme d'autres stupéfiants (héroïne, crack, nouveaux produits de synthèse, etc.) transitent par l'Afrique de l'Ouest vers l'Europe. Mais ils sont aussi consommés localement. A1.views/Shutterstock

Chaque 26 juin, la Journée internationale contre l'abus et le trafic de drogues rappelle combien les drogues (licites et illicites) ont une importance majeure d'un point de vue de santé publique et relèvent d'une dimension globale, au-delà des politiques nationales.

Au cours des dernières années, l'augmentation des saisies de cocaïne en France et ailleurs et la multiplication des violences – telles que les narchomicides à Marseille – ont attiré l'attention sur la puissance croissante des groupes internationaux engagés dans le trafic (notamment les cartels sud-américains, les *cults* nigériens, la Moco Maffia et les groupes djihadistes).

L'héroïne, toujours consommée en France, même en milieu rural, le cannabis, et les médicaments à base de prégabaline ont comme point commun d'arriver en France en grande partie depuis l'Afrique. Ils traversent le Sahara hors de contrôle des États après le Sahel, la « rive du désert » qui inclut la Mauritanie, le Mali, le Burkina Faso, le Niger et le Tchad.

## **Du cannabis, héroïne, crack, aussi de l'autre côté du Sahara**

Qu'en est-il de la circulation et de la consommation de stupéfiants dans les pays du Sahel, et plus largement en Afrique de l'Ouest ?

Un rapport récent de l'ONUDC montre l'augmentation considérable des saisies de cocaïne dans les pays sahéliens, qui sont sur la route maritime et terrestre la plus courte depuis l'Amérique latine vers l'Europe. Ces saisies sont passées de 13 kg par an en 2015-2020 à 1466 kg en 2022 (principalement au Burkina Faso, Mali, Niger).

Ces pays sont aussi des zones de transit pour la résine de cannabis venue d'Afrique du Nord, comme pour les médicaments consommés comme stupéfiants qui suivent les voies du marché informel des médicaments et se distribuent dans les pays de la région à partir notamment du Burkina Faso.

L'héroïne venue d'Asie débarque dans les ports du golfe de Guinée pour continuer vers le Nord, comme les nouveaux produits de synthèse, venus d'Inde et de Chine.



*Chaque mardi, notre newsletter « Et surtout la santé ! » vous donne les clés afin de prendre les meilleures décisions pour votre santé (sommeil, alimentation, psychologie, activité physique, nouveaux traitements...)*

Abonnez-vous dès aujourd'hui.

---

## **De la circulation à la production locale**

Alors qu'il était connu que la circulation de stupéfiants induit à terme une consommation locale, la découverte au Niger de laboratoires de production de crack, cette « cocaïne du pauvre », révèle une stratégie active de la part des trafiquants pour créer un marché en Afrique.

En l'absence d'études quantitatives en population, les recherches qualitatives et les données concernant les usagers pris en charge dans les lieux de soins sont les principales sources de connaissances – très limitées – sur la consommation dans la population.

Les quantités de tramadol saisies en Afrique de l'Ouest représentent 95 % des quantités saisies en contexte illicite au niveau mondial. Cet opioïde pharmaceutique est consommé comme stimulant par des professions qui ont besoin d'endurance, comme les chauffeurs de motos-taxis au Togo ou au Cameroun et les orpailleurs au Sénégal et au Mali.

Les usages des drogues dans la région ne sont pas seulement récréatifs : les amphétamines et autres produits psychostimulants sont plutôt utilisés dans un objectif de performance et d'intégration sociale. Les présentations au cours du colloque « Sciences sociales et drogues en Afrique francophone. Diversification des produits, transformation des usages » à Dakar en mai 2024 ont montré l'étendue de ces usages.

Ils peuvent aussi avoir une visée thérapeutique, remplir une fonction rituelle ou sociale, ou résulter d'une addiction initiée par la prescription sans contrôle d'un antalgique que le patient ne peut interrompre et qu'il se procure sur le marché informel.

En Afrique de l'Ouest, comme sur d'autres continents où la circulation des drogues est mieux connue, on ne peut comprendre les circulations et consommations de drogues qu'en les abordant de manière différenciée par catégories, lesquelles sont consommées dans des populations diverses.

Les addictions mais aussi les autres effets délétères de ces produits en cas d'abus ou parfois dès la première prise (toxicité, expression de troubles psychiques, désocialisation et marginalisation sociale) ne sont ni identifiés ni quantifiés avec précision.

## **Inquiétude autour de nouvelles drogues prisées par les jeunes**

Récemment, des produits très utilisés par les jeunes ont attiré l'attention des médias et l'inquiétude des professionnels de santé, parmi lesquels le *volet* au Sénégal, la *lean* dans plusieurs pays, le *khadafi* en Côte d'Ivoire, et la *kush* diffusée depuis la Sierra Leone et la Gambie dans les pays voisins.

Proposé sous forme de comprimés que leur apparence permet de distinguer, le *volet* sénégalais a été identifié sur le plan pharmacologique comme de la MDMA (ecstasy) ou ses dérivés.

La *lean* est un mélange de sirop ou comprimés codéinés et de soda, qui peut être complété par un antihistaminique (un traitement indiqué au départ contre les allergies). La *lean* est analogue au *purple drank*, issu de la culture populaire des années 1990 aux États-Unis, qui est toujours promu par les rappeurs sénégalais et internationaux.

Le *khadafi*, mélange de boisson énergisante alcoolisée et de Tramaking (combinaison d'un opioïde et d'un relaxant musculaire), est consommé dans les fumoirs où se retrouvent les usagers de drogues en Côte d'Ivoire.

*[Déjà plus de 120 000 abonnements aux newsletters The Conversation. Et vous ? Abonnez-vous aujourd'hui pour mieux comprendre les grands enjeux du monde.]*

Enfin, la *kush* est une drogue peu chère apparue en 2016 en Sierra Leone. La composition de ce produit, le plus consommé au niveau national, semble avoir évolué. Ce terme désignait d'abord des variétés de cannabis fortement dosées en tétrahydrocannabinol (ou THC le principe actif majeur du cannabis), puis un mélange de marijuana, fentanyl, acétone et tramadol, pouvant contenir des os humains selon certaines rumeurs.

Sur fond d'incertitude sur la composition de la *kush* propice aux rumeurs ou aux « légendes urbaines » qui pénètrent jusqu'aux milieux médico-scientifiques, une étude par spectrométrie FTIR, publiée récemment, a montré la présence de cannabinoïdes de synthèse et de nitazènes (nouveaux opioïdes de synthèse) dans des prélèvements effectués à Freetown (Sierra Leone) et Bissau (Guinée-Bissau).

Ces nouveaux produits sont plus puissants et plus addictifs que le THC du cannabis ou l'opium, mais ils restent dans un flou réglementaire qui leur permet d'échapper aux contrôles. Tant qu'ils ne sont pas répertoriés et étudiés, la capacité à traiter leurs méfaits est limitée, comme en France.

Début avril 2024, le président de la Sierra Leone a ainsi décidé de faire de la consommation de drogues une « urgence nationale » au vu du nombre des personnes devenues dépendantes et des centaines de décès parmi les jeunes de toutes classes sociales qui consomment la *kush*.

## **Des centres de réduction des risques qui doivent s'adapter : l'exemple de Dakar**

Au Sénégal, les résultats du projet de recherche CODISOCS (Consommateurs de Drogues Injectables et Dynamiques Sociales au Sénégal) confirment la circulation de certains de ces produits dans de multiples milieux sociaux.

Le Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar, qui applique la réduction des risques et offre un traitement de substitution aux opiacés par la méthadone depuis près de dix ans, est un centre pilote au niveau régional. Mis en place avec l'appui d'organisations internationales et du Conseil national de lutte contre le sida, il a permis de diagnostiquer, traiter et prévenir les transmissions infectieuses (VIH, virus des hépatites, tuberculose) parmi les consommateurs de drogues injectables.

Mais les consommations et les risques ont beaucoup évolué depuis sa création : les usagers n'utilisent plus qu'exceptionnellement l'injection, en partie grâce aux actions de sensibilisation. Le cannabis reste le stupéfiant le plus consommé, mais son protocole de prise en charge par psychothérapie n'est pas accessible à tous et son efficacité en Afrique n'est pas validée.

Quant aux nouveaux produits de synthèse et aux médicaments détournés, ils sont moins connus par l'équipe soignante, composée de professionnels de santé et de médiateurs communautaires qui ont peu de relais parmi les jeunes consommateurs.

Enfin, au Sénégal, le cadre législatif est toujours fondé sur une approche essentiellement répressive. Pourtant de nombreux acteurs de la lutte contre les drogues (acteurs communautaires, sanitaires, de la justice ou des forces de sécurité), débordés et épuisés par une répression sans résultats, sont convaincus de la nécessité de soigner et aider plutôt qu'incarcérer les simples consommateurs, en phase avec la campagne communautaire mondiale Support Don't Punish.

### **Des recommandations émises par des experts en sciences sociales, addictologie, etc.**

Les participants au colloque (une centaine de chercheurs en sciences sociales, experts en addictologie, professionnels de santé, experts communautaires, acteurs institutionnels de dix pays d'Afrique de l'Ouest) ont lancé l'Initiative de Dakar face aux drogues en Afrique de l'Ouest pour faire face à cette situation critique.

Ces recommandations concernent les acteurs de la santé et de la justice, les politiques, les associations d'usagers et les scientifiques. Elles commencent par la mise en place de moyens d'analyse pharmacologique et toxicologique pour identifier rapidement les produits en circulation et leurs effets indésirables et informer les communautés, ainsi que par la fourniture de traitements antagonistes pour les overdoses aux acteurs de première ligne.

Les chercheurs doivent encore se mobiliser pour apporter des connaissances précises sur les consommations et les réponses dans la diversité des contextes sociaux et culturels, en collaboration avec les communautés concernées.





DÉCEMBRE 2024

NUMÉRO 8

LE JOURNAL PAR ET POUR LES PERSONNES USAGÈRES ET EX USAGÈRES DE DROGUES,  
LEURS PROCHES, ET LES PARTIES PRENANTES D'AFRIQUE FRANCOPHONE

# L'ARBRE À PALABRES

DOSSIER SPÉCIAL  
RESCIDAF 2024

GRATUIT



# DOSSIER



RECHERCHE  
SCIENCES SOCIALES  
PLAIDOYER  
ÉTUDES  
BESOINS  
SANTÉ

# RESCIDAE



# INTRODUCTION

Rose André Faye (anthropologue post-doctorante IRD, CRCF), avec le comité de relecture comprenant : Cyrille Bassène (doctorant Université Cheikh Anta Diop de Dakar), Alice Desclaux (anthropologue IRD), Stan Houndji (enseignant-chercheur Université Jean Lorougnon Guédé-Daloa UJLGD, PASEN), Fanta Touré (PASEN), Jérôme Evanno (PASEN, AAP)

Comment des études en sciences sociales peuvent-elles éclairer les conditions de vie des personnes usagères de drogues ? Quelles informations peuvent-elles apporter qui soient utiles à la connaissance sur les trajectoires de vie induites par la consommation, sur les produits avec leurs avantages et leurs dangers, sur les moyens de réduire les risques et d'améliorer les soins, sur l'évolution des politiques et des lois, particulièrement en Afrique ?

Peu d'études en sciences sociales ont été menées sur les drogues en Afrique jusqu'à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle. C'est surtout à cause des épidémies de sida et d'hépatites qui se sont développées parmi les usagers de drogues que ce thème a été abordé à partir des années 2000, à la période où les consommations de stupéfiants commençaient à se diffuser sur le continent. Mais les recherches en histoire, archéologie, addictologie, sociologie et anthropologie ont surtout été menées dans les pays anglophones. En 2024, le [Réseau scientifique des drogues en Afrique francophone \(RESCIDAF\)](#) a tenté de rassembler des chercheurs, des personnes usagères ou ayant utilisé des drogues (PUD) et des acteurs sociaux de la lutte contre les addictions (justice, santé, sécurité) de huit pays francophones lors du [colloque SCIDAF à Dakar](#) (21-23 mai 2024). Les objectifs étaient de faire le point sur l'état des connaissances, d'identifier les questions prioritaires et les approches et moyens pour les aborder, d'établir des liens entre chercheurs, acteurs et communautaires et entre pays pour faciliter les mobilisations dans le sens de la prévention, la santé des PUD et le respect des droits humains. Le colloque a montré qu'on ne disposait que de débuts de réponses aux questions posées plus haut.

Ce dossier a été monté par un groupe de scientifiques et communautaires, organisateurs du colloque SCIDAF, membres du comité de rédaction de l'Arbre à Palabres, tous membres du RESCIDAF.

Il rassemble 12 études présentées lors de ce colloque. Les articles documentent et analysent des contextes de consommation (sites clandestins d'orpaillage au Mali, établissements scolaires en Guinée, transports en commun à Abidjan), des produits et leurs effets (la lean associée au rap, les médicaments détournés, les effets perçus sur la sexualité), l'impact de l'addiction (pour les parents de consommateurs adolescents, en période de crise sanitaire), les soins et la réduction des risques (RDR) (sensibilité des interventions au genre et prise en compte des besoins spécifiques des femmes, expérience d'un centre de prise en charge intégrée des addictions) et enfin le cadre juridique et ses transformations (exemple de mobilisation associative, interprétations d'une législation contestée par les professionnels). Les pays concernés sont la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso, le Mali, la Guinée et le Sénégal.

Cela ne signifie pas que ces cinq pays sont les seuls dans lesquels les drogues circulent, mais plutôt qu'il n'y a pas encore dans les autres pays de chercheurs s'intéressant au sujet ou de moyens pour y mener des recherches. Certes, la plupart des observations et analyses présentées ici sont aussi significatives pour les pays voisins, à quelques variantes près. Mais il faut aussi, pour que la recherche soit utile, qu'elle soit connue localement des usagers, et autant que possible que les questions de recherche soient co-construites avec eux, et qu'ils participent par leur savoir d'expérience à la collecte et à l'interprétation des données. Les résultats de recherche seront mieux pris en compte par les institutions si ces collaborations sont établies, comme avec les acteurs professionnels.

Pour cela, il faut déjà se connaître : c'est un des objectifs de ce dossier, dans lequel chaque article est accompagné du contact de ses auteurs et d'une rubrique « Pour en savoir plus » qui oriente vers d'autres travaux.

Presque la moitié des articles concernent le Sénégal, où ils ont été produits dans le cadre du projet CODISOCS (Consommateurs de drogues injectables et dynamiques sociales au Sénégal) (ANRS 12383) financé par l'Agence française de recherche sur le sida et les maladies infectieuses émergentes ([ANRS MIE](#)) et réalisé par le Centre régional de recherche et de formation sur le sida et les maladies infectieuses de Fann ([CRCF](#)) en collaboration avec l'Institut de recherche pour le développement durable ([IRD](#)). Portant initialement sur l'application de la réduction des risques (RDR) au Sénégal en accompagnement d'un centre pilote, ce projet a élargi ses questions pour prendre en compte les évolutions de l'offre et la consommation de drogues au-delà des « drogues injectables », et les défis pour la RDR. Constatant que l'échelle nationale est insuffisante pour considérer la circulation des produits et que les politiques des drogues ne sont pas assez éclairées par des données scientifiques, l'équipe de recherche a lancé le Réseau scientifique des drogues en Afrique francophone ([RESCIDAF](#)). Le RESCIDAF favorise les échanges entre scientifiques, acteurs et personnes usagères, pour développer la recherche quantitativement et qualitativement autour de questions prioritaires grâce à son site web, son webinaire mensuel et ses événements exceptionnels.

Le dernier numéro de l'Arbre à Palabres a fait écho à l'Initiative de Dakar face aux drogues en Afrique de l'ouest 2024 qui appelle à des recherches et des actions inclusives urgentes en réponse à l'extension et la transformation de l'offre des drogues, qui a été présentée et relayée dans plusieurs pays.

Les auteurs remercient les participants aux recherches pour leur confiance et pour le temps qu'ils ont investi, ainsi que l'ANRS MIE, le CRCF et l'IRD pour leur soutien aux projets dont les résultats sont présentés ici.

**BONNE LECTURE !**



# SOMMAIRE

## DES CONTEXTES DE CONSOMMATION

La consommation de drogues sur un site d'orpaillage au Sud du Mali

Perception du lien entre la consommation des substances psychoactives et les violences en milieu scolaire Guinéen

Genre et drogues dans le milieu du transport en commun à Abobo, Côte d'Ivoire

## DES PRODUITS ET LEURS EFFETS

La consommation de lean au Sénégal :  
Expérience locale d'une pratique globale liée à la culture hip hop

Usages détournés de médicaments psychotropes au Sénégal : profils, produits et contextes

Rapports entre consommation de drogues et sexualité selon les PUD au Sénégal

## L'IMPACT DE L'ADDICTION

Considérer l'impact psychosocial chez les parents pour améliorer la prise en charge des adolescents usagers de drogues à la Croix Bleue d'Abidjan

Réponse communautaire aux drogues pendant la COVID-19 au Burkina Faso et au Sénégal

## LES SOINS ET LA RDR

Drogues et réponses sensibles au genre au Sénégal

Programme méthadone au CEPIAD : acquis, contraintes et défis liés aux patients perdus de vue

## LE CADRE JURIDIQUE ET SES TRANSFORMATIONS

L'engagement de l'Association Espoir pour Demain à l'endroit des usager.e.s de drogues au Burkina Faso

Le cadre juridique en Afrique Ouest et centre



# LA CONSOMMATION DE DROGUES SUR UN SITE D'ORPAILLAGE AU SUD DU MALI

M. Ousmane COULIBALY (Assistant-Enseignant-Chercheur à l'Institut des Sciences des Humaines de Bamako-Mali) - Contact : ousmanebaramba@gmail.com

*Au Mali, les sites d'orpaillage sont devenus des pôles d'attraction pour les orpailleurs informels. Cependant, ces sites ont été transformés en lieux de vente et de consommation de stupéfiants d'origines diverses. Ces drogues sont consommées par toutes les catégories d'âge et de sexe et pour des raisons diverses. L'usage de ces psychotropes constitue un enjeu sociétal majeur.*

Depuis quelques années au Mali, on assiste à une augmentation de la consommation de drogues sur les « sites d'orpaillage » (Keita 2001) et notre étude de cas montre que le sud du Mali est également concerné. Dans cette région, les zones d'orpaillage sont des lieux où l'on trouve des personnes de différentes origines, et où circulent plusieurs médicaments et stupéfiants. L'objectif de cette étude est d'identifier les types de produits et le contexte dans lequel ils sont utilisés sur un site d'orpaillage. Pour ce faire, en 2022, des observations en immersion et des entretiens individuels ont été menés auprès de sept personnes.

## TYPES DE PRODUITS ET MOTIFS DE CONSOMMATION

Les résultats mettent en évidence la circulation de plusieurs types de drogues sur le site : le cannabis, le tramadol, l'alcool, le tabac local, le diclofénac (médicament anti-inflammatoire et antalgique), le Poksa (médicament produit par la firme indienne KGN contenant paracétamol et caféine) appelé localement fatôkèni ou le fou. Les transactions, le plus souvent secrètes, donnent lieu à des expressions codées et à des idiolectes, tels que Olandia (littéralement « *qui donne du plaisir* » en bambara), Tanco-tanco (« *qui fait tituber* »), Djiné samara (« *chaussure des djinns* ») et Quatorze (« *qui éveille les sens et met au top* ») pour désigner les drogues.



*Médicaments et autres produits en circulation sur un site d'orpaillage du Sud Mali*

L'approvisionnement en substances se fait par des vendeurs de médicaments et d'autres articles, parfois étalés par terre ou ambulants. Pendant que le cannabis est fumé, le tramadol et les autres comprimés sont avalés ou dilués dans du thé ou du café et consommés. Ces préparations sont utilisées comme stimulants pour l'énergie, l'endurance et le soulagement de la douleur. Leur usage est perçu par les jeunes creuseurs de tunnels, surnommés clano comme une source de fierté et un symbole de virilité. Un consommateur nous a confié : « *La drogue permet de se sentir à l'aise, d'oublier les problèmes, de travailler sans se fatiguer et de rester pendant des heures à l'intérieur de la galerie. Elle soulage les douleurs et la faim...* ». La drogue a créé une certaine dépendance chez certains jeunes, tendant à transformer le site en une communauté « addictogène » et « psychoactive » (Couteron, 2012).



*Les bagages d'un vendeur ambulant de drogues et médicaments*



*Un clano à l'entrée d'une galerie de mine du secteur informel*

## ENJEU SOCIÉTAL DE LA DROGUE

Le mésusage des stupéfiants a causé des problèmes de santé publique sur le site tels que les troubles mentaux et des dépressions respiratoires chez certains, l'effondrement de galeries, et des blessures causées par des outils, entraînant des décès. Selon Y.B., chef de Tonboloma (propriétaire terrien, chargé de la gestion du site d'orpaillage) : « *L'usage de la drogue a amené des changements remarquables dans notre localité tels que la prostitution, les mariages précoces et par contrats, les grossesses non désirées, les vols à main armée et les jeux de casino* ».

## CONCLUSION

Plusieurs types de drogues circulent sur le site d'orpaillage informel, dans un contexte de brassage culturel. Ces substances, d'origines diverses, sont consommées par diverses personnes pour des raisons spécifiques. Elles sont aussi consommées par des enfants et des femmes par excès, car ils recherchent leur effet antidouleur.

### POUR EN SAVOIR PLUS

Keita, S. (2001). *Etude sur les Mines Artisanales et Les Exploitations Minières à Petite Echelle au Mali*, Mining, Minerals and Sustainable Development, N°80,

<https://www.iied.org/sites/default/files/pdfs/migrate/G00727.pdf>

Couteron, J.-P. (2012). *Société et addiction*. Le Sociographe, 39(3), 10-16.

<https://doi.org/10.3917/graph.039.0010>

Tisseron A. (2017). *Tramadol, médicament et drogue du pauvre en Afrique de l'Ouest et au Sahel* Ifri. (s. d.).

<https://www.ifri.org/fr/editoriaux/tramadol-medicament-et-drogue-du-pauvre-en-afrique-de-louest-et-au-sahel>

# PERCEPTION DU LIEN ENTRE LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET LES VIOLENCES EN MILIEU SCOLAIRE GUINEEN

Soumahila BAYO (sociologue, Directeur Général Adjoint chargé de la Formation à Institut Itinérant de Formation et de Prévention Intégrées Contre la Drogue et Autres Conduites Addictives (IIFPIDCA, Guinée) et Robert Tamba MANDOUNO (Chef Section Observatoire de drogues IIFPIDCA, Guinée)

*Cet article examine la consommation de substances psychoactives et son lien avec la violence dans les lycées de Conakry, en Guinée. Les élèves utilisent souvent des substances comme le tabac à chicha ou à fumer (cigarette), le café, l'alcool et le cannabis. Une majorité des enquêtés rapportent des actes de violence physique, verbale et sexuelle, liés à la consommation de drogues. Les conséquences sur le parcours scolaire sont alarmantes, incluant des cas d'abandon scolaire, d'échec et des problèmes de santé. Ces résultats mettent en lumière l'urgence d'initiatives éducatives pour sensibiliser les élèves et créer un environnement scolaire plus sain.*

## INTRODUCTION

La consommation de substances psychoactives par les élèves est une préoccupation majeure pour les acteurs du système éducatif guinéen, et ce, en raison de nombreux dommages sanitaires et sociaux à court et long terme qu'elle pourrait entraîner. Elle peut être spécifiquement source de violences au sein et en dehors des concessions scolaires. Pour cette raison, une enquête de perception des élèves a été réalisée pour explorer les liens entre la consommation de drogues et les violences en milieu scolaire de la ville de Conakry. Dans cette enquête, les substances psychoactives incluaient les stupéfiants (illicites) et les drogues ou stimulants légaux (café, tabac) ainsi que les « semi-légaux » dont la consommation n'est pas autorisée aux mineurs.



## MÉTHODE

Un sondage a été réalisé auprès de 110 élèves (dont 40 filles) et des entretiens réalisés auprès de 9 enseignants et 4 parents d'élèves. Le choix des élèves s'est fait à travers un échantillonnage systématique à partir de la liste des élèves de la terminale. Les enquêtes par questionnaire anonyme auprès des élèves ainsi que les entretiens avec des parents d'élèves se sont déroulés du 18 mars au 16 avril 2021 au sein des lycées Kipé et Sainte Marie de Conakry. Ces deux lycées ont été

choisis à cause du nombre élevé de sites de consommation de la drogue dans les communes qui les abritent (Ratoma et Dixinn), selon une étude de la cartographie des sites de consommation de la drogue dans la ville de Conakry (CEDEAO, 2019).

## RÉSULTATS

Les substances psychoactives les plus consommées par les élèves (âgés de 17 à 20 ans) sont le tabac à chicha (19,1%), le tabac de cigarette (12,7%), les boissons énergisantes (12,7%), le café (12,7%), l'alcool (10%), le cannabis (8,2%), le tramadol (4,5%), et la cocaïne (3,6%). Ces substances sont facilement accessibles et souvent utilisées pendant des événements festifs (concerts, anniversaires, soirées dansantes, « piscines parties », foires commerciales, etc.).



La plupart du temps, ces drogues sont consommées par les jeunes en compagnie des groupes de pairs. La majorité des élèves enquêtés ont connu leur première prise de drogues entre 17 et 20 ans. La fréquence de consommation est le plus souvent occasionnelle (54,29%), souvent quotidienne (25,71%), et 20,00% des élèves n'ont consommé de substances psychoactives qu'une seule fois. Selon les élèves, les parents d'élèves et les enseignants interrogés, l'initiation à la consommation résulte de la curiosité, du plaisir, du stress, des prescriptions médicales, de l'accès facile aux drogues, de l'influence des pairs et de l'internet. À ce propos, un enseignant a affirmé ceci :



« Plusieurs causes poussent les élèves à prendre de la drogue. Fondamentalement, je ne peux citer que le stress, la curiosité de faire comme ses pairs sans oublier souvent les prescriptions des médecins et le désir de se procurer du plaisir passager » (Extrait d'entretien avec un enseignant).

Une majorité des enquêtés (84,40%) rapportent que la consommation de substances psychoactives conduit à des actes de violence physique, verbale, psychologique et sexuelle même si toutes les violences ne sont pas forcément en lien avec l'usage de drogues. Les formes de violences déclarées varient aussi selon le genre et le statut des élèves et des enseignants. Les filles sont plus touchées par le harcèlement sexuel et le viol, alors que les garçons sont victimes d'insultes, de coups et blessures. Les professeurs sont exposés aux menaces verbales et physiques. L'extrait d'entretien d'un proviseur résume le ressenti de la quasi-totalité des enquêtés en ces termes : « Les élèves consommateurs de drogues se comportent différemment par rapport au non-consommateurs. Ils n'ont de considération ni pour leurs pairs, ni pour les encadrants. Ce qui pousse certains à proférer à l'endroit de ceux-ci des injures grossières, des menaces et même des cas de harcèlement sexuel envers les filles qu'il est difficile de vérifier. J'ai été saisi personnellement de plusieurs cas qui ont été débattus en conseil de direction ». Outre la violence, la consommation de drogues entraînerait des conséquences sur le devenir scolaire des élèves usagers de drogues en termes de maladies (83,49%), d'abandon scolaire (68,81%), d'échec scolaire (60,55%), d'isolement (40,37%), d'appauvrissement (36,36%), et d'autres (5,50%) telles que le risque de folie et la délinquance, le rejet familial, l'addiction et la dépression mentale.

## CONCLUSION

La consommation de substances psychoactives est une réalité en Guinée et les lycées et collèges de Conakry n'en sont pas épargnés. L'usage de drogues par des élèves est décrit comme l'une des causes des violences (physiques, psychologiques, verbales, sexuelles) dans le milieu scolaire guinéen. Les résultats de l'étude contribuent à l'amélioration des connaissances sur le sujet étudié. Des efforts doivent être déployés par les acteurs du système éducatif pour lutter contre ce phénomène, afin que les écoles deviennent un environnement propice à la formation intellectuelle et morale des élèves.

### POUR EN SAVOIR PLUS

Mandouno Tamba Robert (2022), *Etude des Causes et Conséquences de la Consommation de la Drogue dans deux Lycées de Conakry*, Mémoire de Master, Formation de formateurs dans le milieu de l'enseignement, Institut des Sciences de l'Education de Guinée.

Site web de l'IIFPIDCA Guinée : <https://iifpidca.edu.gn>

Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (2019),

Plan Directeur National de Contrôle des Drogues en République de Guinée.

# GENRE ET DROGUES DANS LE MILIEU DU TRANSPORT EN COMMUN À ABOBO, CÔTE D'IVOIRE

Aléley Angèle OURAGA (Criminologue, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan, et Chargée de Programmes au RASALAO-CI Réseau d'Action Sur les Armes Légères en Afrique de l'Ouest, section Côte d'Ivoire) et Hermann CRIZOA (Maître de Conférence à l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan). Contact : angeleouraga@gmail.com

L'objectif de cette étude est d'analyser le rôle des femmes et des filles dans la consommation des drogues par des acteurs, dans le milieu du transport en commun privé des mini-cars appelés gbaka. Les résultats montrent que les gnambros (« gros durs » en nouchi) sont essentiellement des hommes qui créent une insécurité car certains d'entre eux rackettent les voyageurs et les conducteurs de taxis et transports en commun, d'autant plus qu'ils consomment des drogues. Les femmes et jeunes filles commerçantes dans les gbaka leur procurent aussi des produits plus ou moins licites (médicaments, drogues). Ainsi, l'insécurité dans les transports en commun ne pourra pas être résolue sans considérer cette répartition genrée des rôles.



Le secteur du transport en commun est très important pour l'économie Ivoirienne. Selon le Ministère du Transport en 2017, le secteur des transports joue un rôle clé dans le développement de l'économie nationale, en représentant de 7 à 12% du PIB. En Côte d'Ivoire, le transport terrestre, objet de cette étude, est assuré par plusieurs types de véhicules. Ainsi, on trouve dans la ville d'Abidjan différents modes de transport : les taxis avec compteurs, les VTC (Voiture de Transport avec Chauffeur), les taxis communaux, les wôrô-wôrô, les gbakas et les bus de la Sotra (Société des Transports Abidjanais). Les minibus ou encore mini-cars appelés gbakas sont, à l'origine, des véhicules de type fourgon, destinés au transport des marchandises dans les pays développés. Une fois importés en Côte d'Ivoire, ces véhicules sont modifiés, en mettant des issues de secours vitrées et des sièges. Ils comportent généralement 13 à 38 places selon la dimension du fourgon. À l'opposé des taxis communaux qui circulent uniquement au sein des communes, les gbakas et les wôrô-wôrô assurent la desserte des Abidjanais au sein d'Abidjan et de ses périphéries, au même titre que les taxis mais à des prix réduits.



Au sein des gares routières, on constate la présence d'individus qui pour certains se font appeler syndicats (car ils sont employés officiellement par les syndicats de transport) et pour d'autres gnambros (qui signifie « gros dur » en nouchi, argot ivoirien). Plusieurs études ont défini le gnambro et son rôle qui relève du secteur informel (CNDHCl, 2017) : par exemple les gnambros peuvent aider à charger les véhicules stationnés dans les gares ou les lignes de transports. Nos précédentes recherches (Ouraga 2022) montraient que certains gnambros veillent sur l'ordre d'arrivée des véhicules dans les points de chargement. Quand le gnambro est sur la ligne, il doit veiller au nombre de passagers que le chauffeur ou l'auxiliaire du chauffeur va embarquer et recevoir un pourboire du chauffeur. À l'origine, il s'agissait d'une solution pour désengorger les gares, mais les gnambros (qui ne sont pas reconnus par les syndicats) font désormais régner la terreur sur le milieu du transport en commun, que ce soit auprès des conducteurs ou des passagers. Par exemple, ils peuvent encaisser directement l'argent du chargement, ou réclament des sommes d'argent quand le convoyeur récupère un certain nombre d'usagers dans les périphéries des espaces qu'ils contrôlent. Ils troublent la quiétude des usagers et usagères du transport en commun privé ainsi que des autres acteurs du milieu tels que les chauffeurs de gbaka et leurs auxiliaires (apprentis) (Ouraga 2022).



Selon le Conseil National des Droits de l'Homme de Côte d'Ivoire (CNDHCl 2017), le terme gnambros désigne aujourd'hui des personnes organisées en groupes qui s'adonnent au recouvrement de « taxes » (informelles et illicites) contre la volonté des transporteurs et des usagers. « Depuis plus d'une trentaine d'année, ils sont omniprésents dans le secteur du transport urbain en Côte d'Ivoire ». « Sans être des acteurs indispensables, car ils ne possèdent aucun véhicule de transport, ils ont néanmoins réussi à s'imposer dans ce milieu et résistent à toutes les mesures visant à les en extirper » (JDA 2018). Le secteur du transport public (en commun) géré par les acteurs du privé, au sein de la capitale économique qu'est Abidjan, connaît des actes de criminalité qui ont été analysés par Crizoa (2010, 2014). Ses études révèlent que la violence des gnambros dans le milieu du transport n'est pas exclusivement déterminée par les influences sociales mais peut être qualifiée d'utilitaire car elle permet aux gnambros d'obtenir leurs ressources et de répondre aux besoins s'ils sont dépendants des drogues.

Dans notre étude, le gnambro renvoie aux marginalités juvéniles au sein des gares et lignes de gbakas. Selon les dires des gnambros, leur rôle premier serait d'assurer la sécurité dans ces lieux. Cependant, ils sont taxés par des enquêtés.e.s d'être à la base même de l'insécurité qui règne dans leur milieu. Il apparaît en effet qu'en milieu du transport en commun à Abidjan, ces acteurs censés réguler ce transport consomment des drogues malgré les interdictions, ce qui peut contribuer à leurs conduites violentes. Les gnambros agiraient majoritairement sous l'effet de psychotropes (Ouraga 2022). Ces études ont décrit des drogues licites et illicites (médicaments, cannabis...) consommées par les gnambros, qui leur sont fournies par des femmes commerçantes.

Le site de notre étude est la commune d'Abobo à Abidjan (Côte d'Ivoire). Les participantes à l'enquête sont au nombre de quatorze femmes et filles commerçantes dans la sphère des gbakas. Les techniques et outils de collecte des informations étaient la recherche documentaire, les entretiens ainsi que l'observation. La méthode d'analyse qualitative (de type phénoménologique) a été utilisée. Le logiciel Sphinx a permis de traiter les données.

Les femmes commercialisent des produits licites autorisés sur les sites (gares et arrêts), par exemple de la nourriture, de l'eau, des médicaments détournés (tramadol ou trémou, Rivotril, Gebedol) courants ou des remèdes (petites colas), des cosmétiques, etc. Parallèlement, certaines de ces femmes procèdent, sur la base d'un langage codé (entre acheteur et vendeuse) à la vente de produits illicites (sachets de cannabis, papiers emballés sous forme de cigarettes, cigarettes de contrefaçon...) aux gnambros et aux syndicats, aux chauffeurs et apprentis de gbaka ainsi qu'aux usagers/ères de gbaka. Elles jouent un rôle dans une chaîne de commercialisation de drogues en tant que revendeuses. Cette seconde activité « invisible », répond à leur besoin de maximiser leur revenus et recettes issues du commerce. Nous considérons que cette pratique répond à une logique raisonnée de recherche du profit grâce à une stratégie de camouflage et de recherche d'autonomie en tant que femmes.

Notre étude montre que les rôles sociaux sont « genrés » : les hommes consomment des produits illicites et détournent la fonction première des syndicats par la violence physique, verbale, symbolique et l'intimidation, les femmes vendent ces produits de manière camouflée et les approvisionnent en drogues, ce qui accroît la violence et les besoins de ressources chez les hommes. Même si on peut considérer que par ces pratiques les femmes s'émancipent dans leur milieu microsocial, le problème collectif de l'insécurité dû aux gnambros ne sera pas résolu sans considérer les rôles des femmes comme ceux des hommes dans la chaîne de valeurs des drogues.

#### POUR EN SAVOIR PLUS

- Ouraga A. (2022), *L'insécurité liée à l'action des « gnambros » dans le milieu du transport en commun privé assuré par les « gbakas » dans la commune d'abobo, Abidjan Côte d'Ivoire*, Thèse de doctorat unique (non publiée).
- Ouraga A. (2023), *Consommation des drogues par des gnambros et non-gnambros dans le milieu du transport en commun privé : étude des manifestations et des effets*, *Revue Africaine de Criminologie* N° 33— Décembre 2023, P 24. CNDHCI (Commission Nationale des Droits de l'Homme Côte d'Ivoire), 2017.
- Rapport Sur les phénomènes des « gnambros » et des « mineurs en conflit avec la loi »*, Août-Septembre 2017. [https://cndh.ci/wp-content/uploads/2015/10/4\\_Rapport-sur-les-phenomenes-dEnfants\\_CNDHCI\\_2017.pdf](https://cndh.ci/wp-content/uploads/2015/10/4_Rapport-sur-les-phenomenes-dEnfants_CNDHCI_2017.pdf)
- Dago G. (2017), *La confiance comme critère de recrutement des convoyeurs dans le transport en commun à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, non sourcé JDA, 2018.
- Transport urbain en Côte-d'Ivoire : Le diktat des «gnambro»*, 12/01/2018 par le Journal d'Abidjan, <https://connectionivoirienne.net/2018/01/12/transport-urbain-en-cote-divoire-le-diktat-des-gnambro/>
- Kroubo K.G.C., 2023. *Groupes criminels organisés et trafic de cannabis à Abidjan*. *Revue internationale du chercheur*. 4, 3 (Sep. 2023). <https://www.revuechercheur.com/index.php/home/issue/view/19>

# LA CONSOMMATION DE LEAN AU SÉNÉGAL : EXPÉRIENCE LOCALE D'UNE PRATIQUE GLOBALE LIÉE À LA CULTURE HIP HOP

Cyrille BASSENE (Doctorant en socioanthropologie, Université Cheikh Anta Diop UCAD, Sénégal),  
Groupe d'étude (Centre de recherche et de formation pour la prise en charge clinique de Fann CRCF,  
Sénégal) - Contact : cyrilgaby30@gmail.com

*En Afrique francophone, très peu de recherches décrivent l'expansion de la lean, une drogue qui s'est répandue aux États-Unis. L'objectif est de décrire et comprendre les pratiques autour de la lean au Sénégal suivant les motivations et contextes. Dans le cadre du projet CODISOCS, des entretiens semi-directifs ont été effectués auprès d'usagers identifiés par des informateurs clés. Les résultats montrent divers modes de préparation et d'acquisition.*

L'utilisation de la lean (en français : se pencher, s'appuyer, se vautrer), un mélange de médicament codéiné et de soda, s'est répandue aux États-Unis à partir des années 1990 à travers la culture hip hop. En Afrique francophone, très peu de recherches ont décrit l'augmentation de sa consommation. L'objectif de cet article est de décrire les pratiques autour de la lean, les motivations des usagers et les contextes de consommation au Sénégal.

Cette étude se base sur des entretiens semi-directifs et récits de vie réalisés auprès de 10 jeunes consommateurs de lean à Dakar, âgés en moyenne de 25 ans. Ces jeunes ont été identifiés dans le cadre du projet CODISOCS et à l'aide de personnes-clés. L'étude a nécessité une immersion dans le milieu des consommateurs. Les entretiens ont été retranscrits, anonymisés et analysés.

## MODES DE PRÉPARATION DE LA LEAN

La lean est préparée de plusieurs façons par les usagers à Dakar. Il s'agit d'un mélange de médicaments antitussifs codéinés tels que le Néo-Codion, l'Euphon, ou le Phenergan, avec du Sprite ou du Fanta. En pratique, les usagers utilisent beaucoup plus de comprimés que ce qui est prescrit à des personnes atteintes de toux. Parfois, ce mélange de produits peut aussi être fait avec une benzodiazépine comme l'Alpraz (prescrit contre l'anxiété et l'insomnie) ou un antihistaminique comme le Théralène (prescrit pour des allergies, des toux et des insomnies). Les usagers ajoutent l'Alpraz ou le Théralène pour augmenter les effets et atteindre un degré d'ivresse plus élevé.

Les photos montrent différents modes de préparation de la lean. Les usagers jaugent le dosage en fonction de la couleur du liquide dans les bouteilles. Plus la couleur est rose foncé, plus la dose est forte ; quand elle est moins foncée ou quand la couleur n'apparaît presque pas, la dose est faible. Cette appréciation reste approximative car les bouteilles de soda sont souvent colorées (voir photos).



1. Lean de couleur rose foncé issue d'un mélange d'Euphon et de Sprite



2. Lean de couleur rose moins foncé



# I GOTTA GET HIGH\* TO BALANCE MY LOW

## MOTIVATIONS DES USAGERS ET FACTEURS D'INFLUENCE

Les usagers recherchent à travers la consommation de la lean une évasion loin des problèmes de la vie quotidienne et un état qu'ils qualifient de « *dey low lo* », c'est-à-dire « ça rend faible ».

La lean est perçue par des usagers comme une manière de se défoncer sans prendre des produits illicites du point de vue de la loi aussi bien que de l'islam. Ils rapportent que la lean est valorisée par la culture hip hop (clips, documentaires). Des artistes américains et franco-sénégalais, à l'exemple de Chief Keef dans son morceau « *I'm Leanning* » ou Freeze Corleone (rappeur franco-sénégalais), dans « *Fentanyl* »<sup>1</sup>, font office de modèles qui peuvent encourager la consommation. Plus proches des jeunes que ces célébrités mondiales, des rappeurs sénégalais partagent sur les réseaux sociaux des clips tournés à Dakar dans lesquels ils consomment de la lean.

f keef leanin paroles en francais



[Intro: Chief Keef]  
Four ounce, now I'm leaning  
I'm leaning, I'm leaning  
I'm leaning, I'm leaning  
I'm leaning, bang

[Intro traduit : Chief Keef]  
Quatre onces, maintenant je me penche,  
je me penche, je me penche  
, je me penche, je me penche,  
je me penche, bang

Source : <https://genius.com/Chief-keef-leanin-lyrics>

Extrait de paroles de rap, Chief Keef, « *I'm leaning* »

## STRATÉGIES D'ACQUISITION DES MÉDICAMENTS

Pour obtenir ces médicaments qui nécessitent une ordonnance pour être délivrés en pharmacie, les usagers mobilisent diverses stratégies : certains utilisent l'ordonnance d'un enfant à qui l'on a prescrit un antitussif codéiné, ou falsifient des ordonnances ; d'autres recherchent des connaissances sur les indications et les effets secondaires des médicaments pour convaincre le vendeur en pharmacie de les leur délivrer.

## CONCLUSION

Du point de vue des sciences sociales, des recherches futures pourront s'intéresser à la diffusion de ces produits au travers de la culture urbaine et musicale au Sénégal, par exemple pour comprendre si elle est en décalage avec la culture du hip hop américain qui promouvait déjà la lean il y a trente ans aux USA, ou si cette culture globale s'est installée à Dakar de manière durable et s'y transmet de génération en génération. Il serait intéressant aussi de comprendre l'influence des réseaux sociaux et de comparer avec des produits et des pratiques en usage dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest.

POUR EN SAVOIR PLUS

<sup>1</sup>« *Fentanyl* », vidéoclip Freeze Corleone, 2022

<https://www.youtube.com/watch?v=e40Xq3Lb7O8> :

« *L'histoire dangereuse de la codéine* », chaine youtube d'actualité scientifique Dr Nozman, 2023

<https://www.youtube.com/watch?v=uC9PU0wVMro&t=11s>

« *Dans les quartiers de Dakar avec Kaki Santana du 667* », vidéo, GabMorrison, 2024

[https://www.youtube.com/watch?v=2FEKc\\_tb090](https://www.youtube.com/watch?v=2FEKc_tb090)

« *Le 'Purple Drank', un exemple de l'usage détourné de la codéine par les adolescents* », Centre d'addictovigilance de Paris, Assistance publique Hôpitaux de Paris, 2014 <https://addictovigilance.aphp.fr/2014/08/12/le-purple-drank-exemple-de-lusage-detourne-de-la-codeine-par-les-adolescents/>

« *Lean, l'absinthe du rap* », Gymnastique, la culture en s'amusant, ARTE, 2020

<https://www.youtube.com/watch?v=oz-5NX0x62c&t=14s>

# USAGES DÉTOURNÉS DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES AU SÉNÉGAL : PROFILS, PRODUITS ET CONTEXTES

Cyrille BASSENE (Doctorant en socioanthropologie, Université Cheikh Anta Diop UCAD, Sénégal),  
Groupe d'étude (Centre de recherche et de formation pour la prise en charge clinique de Fann CRCF,  
Sénégal) - Contact : cyrilgaby30@gmail.com

*La consommation de médicaments psychotropes détournés est mal connue au Sénégal. Quels y sont les produits addictogènes consommés hors contrôle médical, les contextes d'utilisation et les profils sociaux des personnes utilisatrices ? Cette enquête a été réalisée dans le cadre du projet CODISOCS, en 2023, à Dakar, Mbour-Saly et Kaolack. Les consommateurs utilisent divers médicaments selon les contextes, et entrent plus ou moins dans une trajectoire d'addiction.*



Le détournement de médicaments pour leur consommation hors prescription est important au niveau mondial. Des enquêtes ethnographiques au Sénégal ont montré l'usage détourné de médicaments psychotropes (opiacés, stimulants, benzodiazépines) utilisés pour remplacer les drogues (Werner 1993; Ndione et Desclaux 2015; Ndione 2017).

Du point de vue de la santé publique, l'usage détourné des opiacés et de certains psychotropes peut conduire à l'addiction et à des overdoses en cas d'abus. En 2022, Faye a montré les trajectoires de femmes qui avaient reçu des prescriptions d'anti-douleurs et sont devenues addictives au tramadol ; elles ont dû progressivement augmenter les doses en se servant sur le marché informel.

L'objectif de cet article est de décrire et comprendre quels sont les autres contextes et motifs de consommation de médicaments détournés, menant à l'addiction.

Cette étude ethnographique a été réalisée dans le cadre du projet CODISOCS en 2023. Elle a eu lieu à Dakar, Mbour et Kaolack, lieux d'une mobilité importante des personnes et des biens, incluant les drogues. L'accès aux usagers s'est fait par immersion en milieu des personnes usagères de drogues et par contact avec les médiateurs. Les propos des 29 enquêtés ont été anonymisés et analysés.

## LES PRODUITS EN CIRCULATION

Les médicaments consommés par les usagers sont souvent désignés par des diminutifs qui servent de codes. Ces derniers sont présentés dans le tableau ci-dessous à travers leur nom pharmacologique ou commercial et le terme utilisé par les usagers.



## MÉDICAMENTS

<i>Nom Pharmacologique</i>	<i>Nom commercial</i>	<i>Termes utilisés par les usagers</i>	<i>Significations</i>
Valium	Diazépam 5 mg 10mg	Bleu-bleu ou Roches rouges-bandes bleu  2.10 ou V10 ou V5	La boîte de valium est bleue avec une bande rouge  Signifie Valium 2MI/10 mg
Alpraz	Xanax (alprazolam)	Alp	
Phenergan		Phener	
Euphon		Euph	
Théralène		Ther	

## LES MOTIFS DE CONSOMMATION

Les personnes rencontrées expriment différents motifs : recherche d'apaisement de la douleur et des émotions négatives, d'un sentiment de bien-être ou d'être cool, volonté d'accroître ses performances au travail ou ses capacités à supporter la fatigue, recherche de plaisir ou défonce.

## LES CONTEXTES DE CONSOMMATION

Les contextes de consommation décrits par les usagers sont souvent similaires à ceux d'autres continents (soignants ayant accès aisément aux médicaments, consommateurs devenus dépendants aux opiacés, usagers cherchant une expérience). Au Sénégal, un contexte semble particulièrement favorable à la consommation de médicaments détournés : dans les zones touristiques, les « antiquaires » (guides touristiques ou vendeurs d'antiquités locaux), cherchent à vaincre leur timidité et éliminer leurs complexes afin de convaincre les touristes dans un environnement concurrentiel.

Lors des cérémonies de Kankourang, un rite initiatique pratiqué dans les provinces mandingues du Sénégal et de la Gambie (Casamance) et dans la ville de Mbour, qui dure plusieurs jours et nuits, les usagers consomment aussi pour augmenter leur endurance et profiter de la fête.

D'un point de vue de sciences sociales, ces observations confirment que l'addiction ne résulte pas que de la rencontre d'un produit et d'une personne, mais qu'elle dépend aussi des contextes. D'un point de vue de santé publique, elles encouragent à définir des stratégies d'information et de prévention différenciées et adaptées selon les contextes : au Sénégal, le milieu touristique et ses « antiquaires » devraient être prioritaires.

### POUR EN SAVOIR PLUS

Faye Rose André Yandé, 2022. « Genre et Addiction : Les trajectoires des femmes usagères de drogue au Sénégal ». Thèse de doctorat en anthropologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Ndione Albert Gautier, 2017. « Le traitement des usagers de drogues au Sénégal : La médicalisation d'une déviance sociale ». Thèse de doctorat en anthropologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Ndione Albert Gautier, et Alice Desclaux, 2015. « L'automédication dans le contexte du sevrage chez les usagers de drogues à Dakar : éléments pour une réflexion éthique ». In: Badji M et Desclaux A (dirs), Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique. Analyse en anthropologie, droit et santé publique, pp. 247-262

Werner Jean-François, 1993. Marges, sexe et drogues à Dakar. Paris, L'Harmattan.



# RAPPORTS ENTRE CONSOMMATION DE DROGUES ET SEXUALITÉ SELON LES PUD AU SÉNÉGAL

Abdoulaye NDOYE (Masterant Université Cheikh Anta Diop, FLSH-Département de Sociologie), Rose André FAYE (IRD, TransVIHMI), Groupe d'étude CODISOCS (CRCF, ANRS 12383)  
Contact : abnd2468@gmail.com

*Les connaissances sur l'usage de drogues en contexte sexuel et ses effets chez les Personnes Usagères de Drogues (PUD) en Afrique de l'ouest sont encore limitées. Une recherche qualitative menée dans le cadre du projet CODISOCS a exploré cette question. Des observations et entretiens ont été réalisés entre 2018 et 2023. Cet article met en lumière les rapports qui existent entre la consommation de drogues et la sexualité, du point de vue des PUD au Sénégal. Les résultats attestent d'une diversité des effets, tantôt positifs, tantôt négatifs, et des contextes de consommation. Ils montrent également une prise de conscience des risques d'overdose et de contamination (par le VIH ou les IST).*

## INTRODUCTION

La recherche internationale a abordé la consommation sexualisée de drogues en se concentrant sur le chemsex<sup>1</sup> chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), déjà concernés par leur exposition au risque VIH. Les drogues sont consommées dans ces contextes dans le but d'avoir des sensations aphrodisiaques qui rendent agréables et favorisent les rapports sexuels. De cette manière, elles augmentent le désir et le plaisir, facilitent l'érection et retardent l'éjaculation (Perin, 2023). En Afrique, quelques travaux ethnographiques ont montré la consommation de substances aphrodisiaques et stimulantes pour modifier l'expérience sexuelle (Ndombe et al., 2022). Au Sénégal, les médias ont rapporté la circulation de drogues de synthèse utilisées en contexte sexuel, notamment l'ecstasy (appelée « volet » ou « drogue de l'amour », voir Seneweb 2024). Dans cet article, nous proposons de décrire et d'analyser les rapports entre la consommation de drogues et le vécu sexuel des personnes usagères de drogues au Sénégal.



## MÉTHODOLOGIE

L'analyse est basée sur des méthodes, techniques et outils de recherche qualitative. Les données ont été collectées par entretiens et observations à différentes périodes, entre 2018 et 2023, avec l'approbation du Comité national d'éthique pour la recherche en santé au Sénégal. L'enquête de terrain s'appuie sur 79 entretiens menés à Dakar, Mbour et Kaolack, comprenant 34 récits de vie auprès de femmes usagères de drogues et 10 entretiens individuels menés avec des hommes usagers de drogues, recrutés à la fois au sein du dispositif du CEPIAD et en dehors de celui-ci.

En 2023, ce corpus est complété par 35 entretiens réalisés auprès de jeunes adultes. Pour ces derniers, nous avons adopté la méthode « boule de neige », compte tenu de leur faible fréquentation des dispositifs de prise en charge. Les entretiens ont été ensuite transcrits, nettoyés et codés grâce au logiciel Dedoose. Des pseudonymes ont été attribués aux participants afin de garantir la confidentialité.



## RÉSULTATS

Les personnes usagères de drogues (PUD) considèrent que des produits tels que le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy et la méthadone ont des effets sur la sexualité. Des travailleuses du sexe, des HSH, et des jeunes adultes, disent utiliser de l'Ecstasy pour augmenter le désir, accroître le plaisir et les performances sexuelles. Les contextes de consommation sont généralement le milieu festif, touristique et/ou convivial et intime (soirées trap, rencontres dans les appartements, boîtes de nuit), comme le décrivent ces propos qui informent également sur la prise de conscience des risques sanitaires liés à ces contextes de consommation : « *Après la consommation, jusqu'à un certain niveau (high), on commence les rapports sexuels. On passera la nuit à faire des rapports sexuels jusqu'à l'aube. Mais c'est trop risqué parce qu'au moment de faire des rapports, vous êtes inconscient, et vous n'aurez pas le temps de vous protéger et on fait des rapports en groupe, chacun va coucher avec l'autre, après on échange de partenaire* ». Papis, 24 ans.



Pour d'autres personnes, la consommation de certaines substances joue deux rôles dans la sexualité : soit elles fonctionnent comme un aphrodisiaque, soit le plaisir qu'elles procurent « remplace » le plaisir sexuel, selon le terme employé par un usager. Le verbatim qui suit en témoigne : « *[Le plaisir que procure la drogue]... Je ne sais pas, c'est comme le sexe (...) Si vous faites les deux en même temps, c'est meilleur (...) les rapports sexuels durent plus longtemps et sont plus plaisants [avec la cocaïne]. Quand je consomme le chanvre, j'ai envie de faire l'amour, c'est pareil aussi pour la cocaïne. Parfois je pars voir mon copain quand j'en consomme.* » Lena, 30 ans.

Par ailleurs, certaines PUD décrivent par expérience les effets négatifs de la consommation d'héroïne et de méthadone sur leur sexualité (baisse de la libido, impuissance). Les PUD sous méthadone affirment que l'inhibition de la libido est un effet indésirable de leur traitement.

« *Quand tu commences à prendre la méthadone, la libido diminue parce que la came (l'héroïne) descend dans les testicules, mais quand la came finit dans ton corps tu deviens puissant sexuellement, je l'ai dit à des gens ils ne m'ont pas cru mais ils sont revenus pour dire que c'est vrai.* » FG hommes.

## DISCUSSION ET CONCLUSION

Nos résultats montrent que différentes catégories de personnes utilisent des substances psychoactives aux propriétés réelles ou supposées pour stimuler le désir et la performance sexuels.

Les perceptions autour de la méthadone ont une base pharmacologique car du point de vue médical, il est reconnu que le produit peut avoir des effets sur le désir sexuel de certains patients.

D'un point de vue opérationnel et de santé publique, ces résultats suggèrent de développer des interventions de réduction des risques en lien avec la santé sexuelle, de clarifier les informations sur les effets des produits sur la sexualité, et d'approfondir dans les recherches futures la place de l'érotisme dans l'usage de substances ainsi que les effets des produits sur les différentes dimensions de la sexualité. Et enfin, du point de vue socio-anthropologique, le désir sexuel ne dépend pas uniquement de sa composante biologique. Il peut aussi être influencé par des facteurs psychologiques, personnels et/ou contextuels et par les représentations sociales de la masculinité et de la féminité.



### POUR EN SAVOIR PLUS

Batiste A., Peyrière H., Cazanave C. & Donnadieu-Rigole H., 2018. « ChemSex », consommation en contexte sexuel : Quelles substances ? Quelle prévention ? Données du réseau français d'addictovigilance. *Thérapies*, 73(6), 559.

<https://doi.org/10.1016/j.therap.2018.09.068>

Ndombe D. M., Muleka I. B., & F. Manun'Ebo M, 2022. Consommation des aphrodisiaques chez les adolescents et adultes à Kinshasa : Prévalence et facteurs associés. *European Scientific Journal ESJ*, 18(21).

<https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n21p245>

Perrin S., 2023. Du chemsex aux fêtes... La 3-MMC, cette drogue de synthèse qui gagne du terrain chez les jeunes. *The Conversation*, <https://theconversation.com/du-chemsex-aux-fetes-la-3-mmc-cette-drogue-de-synthese-qui-gagne-du-terrain-chez-les-jeunes-207156>

Seneweb, 2024. « Volet », la nouvelle drogue qui fait des ravages chez les jeunes dans le Dakar by night. *Seneweb.com*, [https://www.seneweb.com/news/Buzz/ldquo-volet-rdquo-la-nouvelle-drogue-qui\\_n\\_360898.html](https://www.seneweb.com/news/Buzz/ldquo-volet-rdquo-la-nouvelle-drogue-qui_n_360898.html), consulté le 26/05/2024.

# CONSIDÉRER L'IMPACT PSYCHOSOCIAL CHEZ LES PARENTS POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS USAGERS DE DROGUES À LA CROIX BLEUE D'ABIDJAN

Logon Albert Thierry DJAKO, Kouamé Jean Sébastien KOUADIO et Hassane TIEFFI (Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan). Contact : djakologon@yahoo.fr

*Cette étude vise à décrire le retentissement psychosocial chez les parents de l'usage de drogues de leur enfant adolescent et les stratégies d'adaptation qu'ils développent pour faire face à la situation. Les données ont été collectées à partir d'entretiens auprès de quatre couples parentaux dont l'enfant est pris en charge à la Croix Bleue d'Abidjan. Leur analyse thématique dégage des résultats à deux niveaux. D'une part, le retentissement psychosocial chez les parents de l'usage de drogues de leur enfant est d'ordre émotionnel, économique, spirituel et social. D'autre part, les stratégies utilisées par ces parents pour faire face à la situation sont à la fois spirituelles, cognitives et comportementales.*

En Côte d'Ivoire, la consommation de substances psychoactives constitue un problème de santé publique. Selon une étude de N'dri et al. (2018), 59,2% de la population ivoirienne consomment de l'alcool, tandis que 27,5% à 36% consomment du tabac. D'autres substances sont également utilisées, notamment les analgésiques (12,7%), les tranquillisants ou sédatifs (9,6%) et le cannabis (2,5%). Chez les adolescents, les chiffres sont également préoccupants. L'ONU DC (2017) révélait que 5,3% des élèves du secondaire consommaient du cannabis, 4,8% de la cocaïne et 4,1% de l'héroïne. De plus, la polyconsommation, c'est-à-dire la consommation de plusieurs substances, est fréquente dans cette population. Par ailleurs, des observations réalisées à la Croix Bleue d'Abidjan montrent que de nombreux parents sont surpris d'apprendre que leur enfant consomme des drogues. Ils ne remarquent pas toujours les changements de comportement chez ce dernier. Ces parents ont tendance à réagir avec violence lorsqu'ils découvrent que leur enfant est un usager. Cela témoigne de leur désarroi face à la situation. Or, les protocoles de prise en charge actuels se concentrent principalement sur l'usager de drogues, en négligeant le rôle crucial des parents. Pourtant, les réactions et les pratiques éducatives des parents peuvent influencer significativement le processus de guérison de l'adolescent.

Cette étude vise à mieux comprendre l'impact psychosocial de la consommation de drogues par l'adolescent sur ses parents et à identifier les stratégies qu'ils adoptent pour faire face à cette épreuve. L'enjeu est de produire des connaissances utiles à l'amélioration des interventions en intégrant la dimension familiale, afin d'offrir une meilleure prise charge aux jeunes usagers de drogues.



## MÉTHODOLOGIE

La méthodologie utilisée repose sur une approche qualitative procédant d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de 8 parents (4 couples) d'adolescents usagers de drogues bénéficiant d'une prise en charge à la Croix Bleue d'Abidjan. Les données verbales enregistrées ont été retranscrites puis traitées par analyse de contenu thématique.





## RÉSULTATS

L'exploitation des données aboutit à deux niveaux de résultats : le retentissement psychosocial chez les parents et les stratégies d'adaptation mises en œuvre par ceux-ci pour faire face à la situation.

### ***Les conséquences psychosociales de l'usage de drogues de l'enfant chez ses parents***

Les conséquences psychosociales chez les parents de l'usage de drogues de leur enfant prennent quatre formes : émotionnelles, économiques, spirituelles et sociales. Les émotions dominantes qui apparaissent chez les parents de l'adolescent usager de drogues sont le choc émotionnel et la surprise de découvrir que son enfant consomme de la drogue, l'inquiétude ou la peur que quelque chose de mal puisse arriver à celui-ci et le stress ou sentiment d'impuissance que suscite cette situation. Ces parents ressentent également beaucoup de peine, de la honte et de la culpabilité vis-à-vis de l'accoutumance de leur enfant à la drogue. Ils en arrivent au sein du couple marital à éprouver de la colère l'un envers l'autre, se rejetant chacun la responsabilité de l'addiction de l'enfant.

Les parents de l'enfant usager de drogues vivent aussi des conséquences économiques dues essentiellement au coût onéreux de la prise en charge de l'enfant et aussi au remboursement de dettes contractées par celui-ci pour se fournir en drogue. Dans certains couples, l'un des parents, généralement la mère, cesse toute activité professionnelle pour accompagner l'enfant dans la prise en charge afin d'augmenter ses chances de guérison. La prise de drogues de l'enfant affecte aussi les pratiques et convictions religieuses de ses parents. Après avoir échoué à mettre fin à l'addiction de leur enfant grâce aux prières et surtout se sentant désabusés d'avoir cru en vain aux promesses de leaders religieux (pasteurs, imams) de guérir leur enfant, la vie spirituelle de ces parents s'en trouve affectée négativement. La plupart d'entre eux prient de moins en moins ; certains arrêtent totalement de prier et d'autres perdent confiance aux hommes de Dieu ou arrêtent complètement d'aller à l'église ou à la mosquée. La consommation de drogues d'un adolescent a aussi des répercussions sociales. Les parents sont souvent stigmatisés par les voisins et aussi par certains membres de la famille élargie. De plus, ces parents perdent confiance en leur enfant.



## **Stratégies d'adaptation des parents face à l'usage de drogues de leur enfant**

Les parents de l'enfant ou de l'adolescent usager de drogues pris en charge à la croix Bleue d'Abidjan recourent à une stratégie d'adaptation admettant trois composantes : l'adaptation affective et spirituelle, l'adaptation comportementale et l'adaptation cognitive. La présence de nombreuses émotions négatives comme la peur, le stress, l'abattement, la colère, la honte, le sentiment d'impuissance, la culpabilisation sont des manifestations du fait que ces parents perçoivent que la situation à laquelle ils font face surpasse les ressources dont ils disposent.

## **CONCLUSION**

Les résultats de cette étude, présentés très rapidement ici, montrent à la fois des spécificités en Côte d'Ivoire (par exemple l'importance des stratégies d'adaptation spirituelle des parents) et la nécessité, déjà montrée dans d'autres contextes (Dykes et Casker 2021), de prendre en compte l'impact de la consommation pour les parents. Elaborer une prise en charge holistique incluant les parents paraît indispensable pour améliorer la prise en charge des adolescents usagers de drogues.



### **POUR EN SAVOIR PLUS**

Dykes G., & Casker R. (2021). *Adolescents and substance abuse: the effects of substance abuse on parents and siblings*. *International Journal of Adolescence and Youth*, 26(1), 224-237.

N'dri, K. M. Soumahoro, M. K., Kouassi, P. D., Ipou, S. Y., Koné, C. J., Mian, N. N. A., Ouattara, A., Dosso, M. (2018). *Epidémiologie de la consommation des substances psychoactives en Côte d'Ivoire : revue systématique de la littérature*. *Revue Bio-Africa*, 17, 34-42.

Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) (2021). *Rapport mondial sur les drogues 2021* (eISBN : 9789210058032). [https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21\\_Booklet\\_2.pdf](https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_2.pdf)

ONUDC (2017). *La consommation de substances psychoactives et la santé chez les élèves des écoles secondaires en Côte d'Ivoire [Rapport d'enquête, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime]*.

[https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Drugs/Drug%20use/Drug\\_use\\_in\\_Cote\\_d\\_Ivoire.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Drugs/Drug%20use/Drug_use_in_Cote_d_Ivoire.pdf)

# RÉPONSE COMMUNAUTAIRE AUX DROGUES PENDANT LA COVID-19 AU BURKINA FASO ET AU SÉNÉGAL

B. Diane G. DONDBZANGA (ARCAD Santé PLUS, Bamako, Mali ; Coalition PLUS, Laboratoire de recherche communautaire, Dakar, Sénégal) et collaborateurs<sup>1</sup>  
contact : ddondbzanga@coalitionplus.org

*En Afrique de l'Ouest, les inégalités d'accès aux services pour le VIH et de réduction de risques (RdR) chez les personnes usagères de drogues (PUD) constituent un problème majeur de santé publique. L'ANCS au Sénégal et REVS PLUS au Burkina Faso ont mené une enquête via le programme de recherche communautaire EPIC de Coalition PLUS afin de décrire l'impact de la COVID-19 chez les PUD. Des vulnérabilités ont été observées et les résultats montrent la nécessité de développer des interventions de RdR adaptées en tout temps.*

## INTRODUCTION

En Afrique de l'Ouest, les inégalités d'accès aux services et soins du VIH, de l'hépatite C (VHC) et le manque de services de réduction de risques (RdR) appropriés chez les personnes usagères (PUD) constituent un problème majeur de santé publique. L'augmentation de la consommation de drogues est de 23% ces dix dernières années et les troubles liés à cette consommation ont augmenté de 45% (ONUDC, 2023). On estime que seulement une PUD sur cinq présentant des troubles a accès à un traitement alors que le risque de contracter le VIH est plus important chez les PUD que dans le reste de la population étant donné la stigmatisation, la discrimination et le faible recours (ou accès) aux services de santé et de RdR.

L'objectif de l'étude est de décrire les vulnérabilités vécues par les PUD et les adaptations mises en place en période de crise sanitaire par deux organisations communautaires (OC) de lutte contre le VIH au Sénégal et au Burkina Faso.

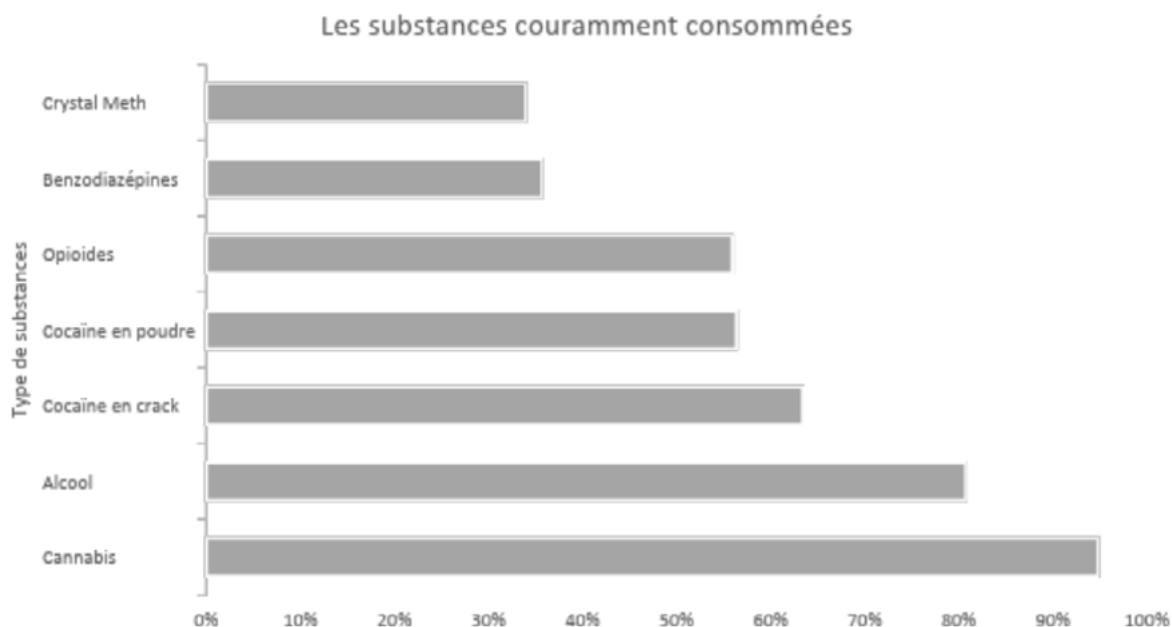
## MÉTHODES

Le programme de recherche communautaire EPIC de Coalition PLUS déployé dans 32 pays et auprès de 79 organisations avait pour but de mesurer l'impact de la COVID-19 chez les populations clés, les personnes vivant avec le VIH et/ou le VHC et les acteurs communautaires (AC) travaillant avec ces populations (Delabre et al, 2023). L'ANCS au Sénégal et REVS PLUS au Burkina Faso ont administré un questionnaire en face à face auprès des PUD mobilisées par leurs pairs entre mars et septembre 2021. Des analyses descriptives ont été effectuées sur les vulnérabilités vécues par les PUD ainsi que les adaptations mises en place par les OC durant la COVID-19 afin d'assurer une continuité de services de RdR.

## RÉSULTATS

Notre échantillon comprenait 213 PUD (62.6% au Burkina Faso et 36.2% au Sénégal) parmi lesquelles 23.0% de PUDI (Personnes qui ont déclaré utiliser des drogues injectables) dont 71.4% sous traitement substitutif aux opiacés à base de méthadone (toutes au Sénégal, la méthadone n'étant pas accessible au Burkina Faso). En ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques, l'âge médian [IQR] était de 39 [27-50] ans et les hommes représentaient 90.6% des participants. 39.4% et 15.0 % avaient respectivement un niveau d'études secondaire et supérieur. La majorité (88.3%) résidaient en milieu urbain. Les substances les plus consommées sont présentées dans la figure 1.

<sup>1</sup>Les collaborateurs et collaboratrices sont : Juliana Castro Avila, Micaillou Magassouba, Eve Arlette Somda, Moussa Guindo, Lucas Riegel, Nicolas Lorente, Marion Di Ciaccio, Daniela Rojas Castro



Durant la pandémie de COVID-19, 27.2% des personnes interrogées ont eu une situation financière légèrement dégradée, et 56.8% une situation financière très dégradée. La crise sanitaire a eu un impact négatif sur la vie personnelle et professionnelle des PUD, respectivement dans 84.5% et 82.4% des cas. Les deux OC ont pu adapter leurs services pendant la crise. Ainsi, 63.4% des PUD ont bénéficié du soutien de travailleur.euse.s d'une OC de proximité, 19.3% du contact téléphonique ou par mail avec une OC. Par ailleurs, 52.6% des PUD ont obtenu du soutien de leurs pairs et 2.4% une distribution d'opiacés par les AC au Sénégal. Parmi les PUDI, 59.2% ont eu accès à des programmes d'échanges de seringues maintenus en outreach, ou pratiqués par les OC en respectant les gestes barrières. Un peu moins de la moitié des répondants ont déclaré qu'ils avaient reçu le soutien dont ils avaient besoin, les autres ayant déclaré avoir besoin de plus de soutien, n'avoir reçu aucun soutien ou n'avoir pas eu besoin de soutien.

## DISCUSSION/CONCLUSION

La crise sanitaire a affecté les PUD et aggravé leur vulnérabilité. Dans notre population d'enquête, les PUDI étaient majoritairement des résidents sénégalais. La réponse communautaire auprès des PUD s'est avérée importante pour assurer la continuité des services par les AC. Ce continuum a aussi été possible grâce à la solidarité et au soutien entre pairs durant la crise sanitaire. Les outils utilisés pour évaluer l'impact de la crise dans le cadre de cette étude pourraient être adaptés pour d'éventuelles crises futures. Il est urgent d'accompagner les OC afin qu'elles puissent développer des interventions et services de RdR adaptés et accessibles aux communautés en tout temps et particulièrement en temps de crise sanitaire importante comme celle de la COVID-19.

*POUR EN SAVOIR PLUS*

ONUDD (2023). *Le rapport mondial sur les drogues 2023*.

<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>

Delabre R. M., Di Ciaccio M., Lorente N., Villes V., Avila J. C., Yattassaye A., ... & Castro D. R. (2023). *Impact of the COVID-19 Health Crisis on Key Populations at Higher Risk for, or Living With, HIV or Hepatitis C Virus and People Working With These Populations: Multicountry Community-Based Research Study Protocol (EPIC Program)*. *JMIR Research Protocols*, 12(1), e45204

A propos des « Dealers de réduction des risques » de Coalition Plus, voir :

<https://www.coalitionplus.org/2022/07/29/conference-aids-2022-a-montreal-pour-la-sante-des-usagers-de-drogues-coalition-plus-celebre-ses-dealers-de-reduction-des-risques/>



# DROGUES ET RÉPONSES SENSIBLES AU GENRE AU SÉNÉGAL

Rose André FAYE (anthropologue post-doctorante, TransVIHMI/IRD), Groupe d'étude CODISOCS (Centre de Recherche et de Formation à la prise en charge clinique de Fann-CRCF, ANRS 12383)  
Contact : rose\_andre.faye@ird.fr

*Les politiques de réduction des risques (RdR) sont trop souvent centrées sur les hommes et négligent les besoins spécifiques des femmes, notamment en Afrique. Basé sur des entretiens et des observations issus d'une thèse d'anthropologie soutenue en 2022 au Sénégal, cet article vise à analyser les limites des réponses sensibles au genre. Au Sénégal, les réponses actuelles restent limitées.*

*Deux approches sont mises en œuvre : des services centrés sur les femmes et un accompagnement pour renforcer l'autonomisation. Cependant, ces actions ciblent principalement les consommatrices de cocaïne/crack et d'héroïne, oubliant d'autres substances comme le cannabis et l'alcool et les médicaments. Les obstacles incluent le manque de financement, la stigmatisation, et des réponses inadaptées aux divers profils sociaux.*

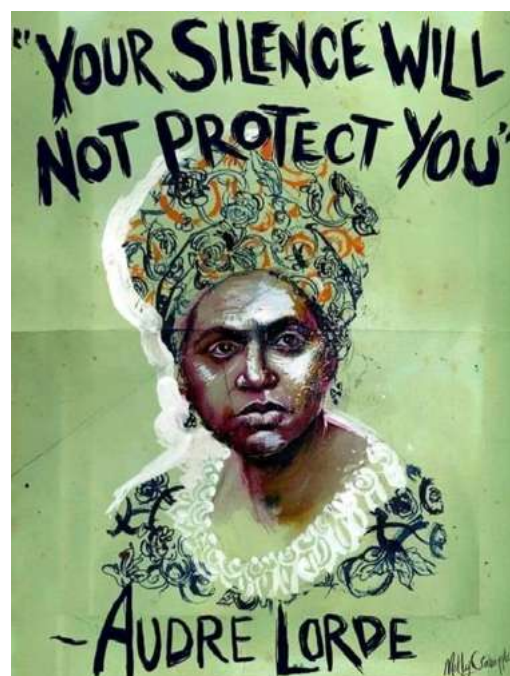
En Afrique de l'Ouest, notamment au Sénégal, les informations sur les femmes usagères de drogues (FUD) sont rares, et leurs besoins spécifiques ne sont pas assez pris en compte.

Les chiffres montrent que les femmes sont moins nombreuses que les hommes dans ce domaine et subissent une stigmatisation accrue, liée à leur genre et à la criminalisation de l'usage de drogues. Elles sont souvent associées au travail sexuel, ce qui renforce leur marginalisation. Les études se sont principalement concentrées sur les hommes, les expériences des femmes étant peu documentées (voir les travaux d'Anne Coppel).

Une approche féministe et intersectionnelle est nécessaire comme partout dans le monde pour visibiliser la situation des femmes. Depuis l'ouverture en 2015 du CEPIAD, premier centre de prise en charge moderne des addictions en Afrique de l'Ouest francophone, les femmes restent une minorité parmi les patients

suivis (environ 1/10). Les défis liés aux politiques de RdR pour les femmes sont peu documentés, bien qu'il soit important de comprendre les différences de vulnérabilité entre les genres. Les recherches associées au projet CODISOCS<sup>1</sup> ont permis de recueillir 34 récits de vie de FUD au Sénégal, ainsi que des entretiens avec des hommes UD et des intervenants.

Quatre profils de femmes ont été identifiés : les jeunes femmes du milieu de la nuit, celles des quartiers populaires, les « anciennes junkies », et les femmes dépendantes aux médicaments antidouleur. Deux approches visent à répondre aux besoins sanitaires et psychosociaux des FUD : l'accueil centré sur les femmes et le renforcement de l'agencéité<sup>2</sup>.



<sup>1</sup> Projet CODISOCS : Consommateurs de Drogues Injectables et dynamiques SOCiales au Sénégal (ANRS 12383), financé par l'Agence Nationale (française) de Recherches sur le Sida et les Maladies Infectieuses Émergentes.

<sup>2</sup> Le terme « agencéité » désigne la capacité d'une personne ou d'un groupe à choisir des objectifs et à agir pour les atteindre. Cela suppose qu'une personne peut décider de ce qu'elle veut faire et poser des actions cohérentes pour y arriver. L'agencéité ne se limite pas seulement à ce qu'on fait concrètement, mais inclut aussi notre capacité à imaginer et à planifier des actions futures. Elle peut se manifester individuellement ou collectivement.

L'accueil centré sur les femmes comprend des consultations gynécologiques, des dépistages du VIH et du cancer du col de l'utérus, ainsi que des groupes de parole organisés depuis 2017 au CEPIAD. Ces initiatives créent un espace sécurisé où les femmes peuvent partager leurs expériences respectives et accéder à des soins adaptés. Des événements comme la « Semaine Zéro Discrimination » et la journée « Femmes et drogues » permettent également de sensibiliser sur les particularités des femmes. Des efforts sont faits par le Centre interministériel de lutte contre les Drogues (CILD) pour recruter des femmes au sein des équipes travaillant avec les FUD, notamment au contact des services de police. Les acteurs engagés auprès des FUD comprennent que le caractère intersectionnel des besoins dépasse leur vulnérabilité infectieuse, mais leurs capacités de réponse sont très limitées et n'ont que peu d'impact sur la vulnérabilité sociale. Ils sont aussi gênés dans leur approche par certaines notions utilisées dans le champ du VIH, comme la notion de « Consommateur de drogue injectable ou CDI » qui leur paraît confuse.

En parallèle, l'approche axée sur le renforcement de l'agencéité vise à accroître la capacité des femmes à agir sur leur propre situation. Cette stratégie inclut la formation de pairs médiateurs et paires médiatrices, le soutien aux associations de personnes qui utilisent des drogues, et la promotion d'activités génératrices de revenus. Par exemple, dans le cadre du projet Fonds mondial, des initiatives communautaires ont été mises en place pour inclure les consommatrices de drogues dans des actions collectives. Ces efforts visent à renforcer l'autonomie des femmes en leur donnant les compétences et les ressources nécessaires pour s'organiser en groupes d'auto-support reconnus. Face aux limites institutionnelles, les femmes développent des stratégies d'adaptation et d'empouvoirement communautaire, soutenues par des ONG comme Enda santé.

Les deux approches adoptées au Sénégal : l'accueil centré sur les femmes et le renforcement de l'agencéité, montrent une volonté de répondre aux besoins des FUD. Mais le dispositif reste fragile. Les réponses actuelles ciblent notamment les consommatrices de drogues injectables, négligeant d'autres substances comme l'alcool et le cannabis. De plus, l'accent mis sur les risques infectieux limite les réponses globales apportées, car d'autres aspects de la santé et du bien-être des femmes ne sont pas pris en compte. Les résultats soulignent l'urgence de mener des recherches supplémentaires pour adapter les interventions aux diverses réalités et de mobiliser des financements stables pour garantir des programmes durables. La prise en compte des spécificités de genre et le soutien aux stratégies d'empouvoirement communautaire sont essentiels pour améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités.

#### POUR EN SAVOIR PLUS

Guillaume Dje Bi Tchan et Coulibaly Onata Chaka. 2017. « Profils des femmes à consommation problématique de drogues en Côte d'Ivoire ». *European Scientific Journal, ESJ* 13 (29): 306. <https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n29p306>.

Anne Coppel : sociologue et militante, son site internet rend accessibles de nombreuses ressources sur la question Genre et drogues : <https://annecoppel.fr/> voir aussi les travaux de Zoë Dubus et de Sarah Perrin sur les mondes cachés de la drogue : <https://www.centremiledurkheim.fr/notre-equipe/sarah-perrin/>

Faye Rose André Yandé, Desclaux Alice, Ba Idrissa, Faye Sylvain, Sow Khoudia, 2023. *Trajectoires de femmes en situation d'addiction aux drogues injectables au Sénégal : désir « d'en sortir », incertitudes et réalités. Revue de Sociologie, Anthropologie, Psychologie (RSAP)* 31 déc. 2023. <https://ird.hal.science/ird-04467995/document>.

Faye Rose André, 2022. *Profils et trajectoires des femmes Usagères de Drogues (UD) au Sénégal : les consommatrices de Tramadol, une « catégorie à part » [Tropical diseases and poverty: impact on women's and children's rights - scientific day of the SFMTSI, 25 may 2022]*. <https://doi.org/10.48327/mtsi.v2i2.2022.245>



# PROGRAMME MÉTHADONE AU CEPIAD : ACQUIS, CONTRAINTES ET DÉFIS LIÉS AUX PATIENTS PERDUS DE VUE

Aïssatou SALL (médecin en formation à l'Université Cheikh Anta Diop UCAD, assistante de recherche au CRCF, Mastère Spécialisée en Santé Publique) et le Groupe d'étude CODISOCS

Contact : aissatousowsall@gmail.com

*Le CEPIAD cherche à sensibiliser, prévenir et réduire les risques liés à l'addiction, en visant une approche de traitement adaptée. Le dispositif, d'abord bien accueilli, fait face à des défis pour maintenir ses services, notamment dans le suivi des personnes qui utilisent des drogues injectables (PUDI), ce qui a affecté la qualité des soins et la rétention des patients. La dégradation des infrastructures, ainsi que le manque de ressources financières et humaines, ont incité les professionnels de santé à réduire leur activité. Au sein de la structure, les PUDI sont devenues minoritaires, tandis que les consultations pour d'autres addictions, payantes, ont augmenté.*

Depuis décembre 2014, le CEPIAD (Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar) accueille quotidiennement les PUDI pour leur délivrer la méthadone (Diop et Desclaux 2018 ; Diop et Desclaux 2019). Néanmoins, des déficits persistent dans le soutien à la prise en charge médicale pouvant influencer sur l'efficacité du programme du traitement de substitution aux opiacés (TSO). Entre 2015 et 2018, le taux d'abandon ou d'interruption du traitement à la méthadone, estimé à 25 %, montre les difficultés à garder les « patients » (terme qu'ils utilisent eux-mêmes) dans le programme.

## MÉTHODOLOGIE

Cette étude, menée au CEPIAD entre mai et novembre 2023 dans le cadre du projet CODISOCS, se base sur 48 entretiens individuels avec des professionnels de santé et des usagers de TSO contactés sur la base d'une sélection raisonnée (les plus présents au CEPIAD), dont 13 patients perdus de vue recontactés grâce à un facilitateur.

## RÉSULTATS

### ***Succès de la méthadone : quand l'efficacité incite à mettre fin au traitement***

Certains perdus de vue rapportent que l'amélioration de leur santé physique et mentale, et la reprise de leurs activités quotidiennes, les ont conduits à un sevrage progressif de la méthadone pour se sentir définitivement « guéris » de leurs addictions.

### ***Une disponibilité restreinte des services aux UDI***

Les inclusions de nouvelles PUDI ont considérablement diminué au fil des années (CILD 2019). Les diverses difficultés rencontrées par le CEPIAD sont les suivantes : dégradation du bâtiment principal de consultation, fin de la prise en charge des bilans et des médicaments, longs délais d'attente pour les consultations, perception par les PUDI que la priorité est accordée aux patients souffrant d'addictions aux autres substances. Les patients constatent un décalage entre l'investissement initial et un suivi jugé insuffisant, comme le rapporte celui-ci : « *Au début, ils nous encourageaient... mais dès qu'on avait intégré le programme jusqu'à commencer à prendre la méthadone, un grand écart s'est créé entre le personnel et les patients* ». (Bamba, M, 46 ans).

## DISCUSSION

Malgré les avancées en matière de prise en charge des addictions au Sénégal, des obstacles subsistent afin d'assurer la continuité des services au CEPIAD. Ces contraintes sont le résultat à la fois des déficiences dans le fonctionnement de la structure et des enjeux personnels rencontrés par les usagers.

### *Facteurs institutionnels limitants*

La dégradation des installations et le manque de ressources, résultant de la fin des partenariats autour du projet pilote, ont réduit la qualité des soins au CEPIAD. Les usagers de drogues injectables qui étaient totalement pris en charge sont devenus minoritaires, remplacés par des patients solvables, ce qui a créé un sentiment d'abandon chez les premiers. L'absence d'accompagnement médico-psycho-social compromet l'efficacité des traitements, qui nécessitent une approche intégrée et adaptée, ce qui a été montré dans de multiples contextes (Paquin 2003). La fin des activités de réinsertion due à la dégradation du bâtiment et aux contraintes financières a également supprimé des occasions de rencontre, c'est-à-dire de convivialité et de mise en commun de leur expérience entre PUDI prenant le TSO et avec les personnels du CEPIAD.

### *Facteurs individuels d'échecs*

Toutes les personnes qui ont arrêté la méthadone sans le vouloir ont repris la consommation de drogues. Pour réussir un sevrage de méthadone, la volonté personnelle, ainsi que la stabilité psychique et sociale, sont des critères essentiels (Simmat-Durand et al. 2013). L'usage de cocaïne et de crack est courant parmi PUDI perdues de vue, et la plupart d'entre elles ont augmenté leur consommation de ces substances.

## CONCLUSION

Le contraste avec l'engagement initial visant à garantir une prise en charge holistique s'inscrit dans un contexte de réduction drastique des financements, qui compromet la pérennisation des services. Bien que les profils des usagers aient évolué au CEPIAD, la demande reste présente, comme en témoigne la reprise des consommations chez la majorité des perdus de vue. D'un point de vue de santé publique, la prise en charge des PUDI nécessite une stratégie globale, avec ses financements, qui ne peut se limiter à la dispensation du TSO.

### POUR EN SAVOIR PLUS

- CILD, 2019. *Plan Stratégique 2020-2024 du CEPIAD. Rapport administratif*. Dakar (SN): Ministère de l'intérieur et de la sécurité publique.
- Diop Mouhamet et Alice Desclaux. 2018. « Adaptations locales du traitement des addictions par la méthadone au Sénégal ». <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02099230/document>
- Faye Rose André et Alice Desclaux. 2018. « La prise en charge des consommateurs de drogues injectables à Dakar : succès et échecs de la méthadone vus par les patients et les soignants ». <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02099232/document>
- Paquin Isabelle. 2003. « Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : Une mesure de santé publique en réadaptation ». *Drogues, santé et société* 2(1):13. doi: 10.7202/007186ar.
- Simmat-Durand, Laurence, Maëlle Planche, Marie Jauffret-Roustide, Claude Lejeune, Laurent Michel, Sarra Mougel, et Natacha Vellut. 2013. « Recours aux traitements de substitution dans les sorties des addictions ». *Psychotropes* 19(2):45-66. doi: 10.3917/psyt.192.0045. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2013-2-page-45.htm>

# L'ENGAGEMENT DE L'ASSOCIATION ESPOIR POUR DEMAIN À L'ENDROIT DES USAGER.E.S DE DROGUES AU BURKINA FASO

Edouard SANOU (Chargé de Programme AED), Christine KAFANDO (Plateforme Nationale de Plaidoyer et de Lutte contre les Abus de Drogue), Charles SOME (Responsable de Colibri Sud), Thibault BOUDON (Responsable Recherche opérationnelle, Pôle qualité et recherche en santé à Sidaction), To-Chau TRAN Responsable Programmes associatifs, Référente Europe de l'Est/RDRD à Sidaction.  
Contact : sa.edouardo@yahoo.com

*La consommation de la drogue va en croissant au Burkina Faso, trainant avec elle une vague de répercussions sur la santé des consommateurs. Chaque année, une centaine de patients sont reçus dans les services hospitaliers pour consommation de drogue. Cela indique que les mesures de lutte comportent des faiblesses. C'est dans cette optique que AED entend œuvrer pour une réforme des systèmes juridiques et sanitaires en faveur des usager.es et Interpeller les décideurs politiques et institutionnels pour améliorer la prévention, les soins et la protection des droits des PUD.*



En Afrique francophone, de nombreuses associations de personnes usagères de drogues (PUD) et de réduction des risques (RDR) ont été créées depuis une dizaine d'années. Ces associations ont souvent été créées par des PUD en traitement, ou d'anciens usagers devenus médiateurs, avec l'accompagnement de soignants addictologues, pour répondre aux besoins locaux. A Bobo-Dioulasso, **l'Association Espoir pour Demain (AED)** a développé une démarche pour les PUD sur la base de son activité d'association de soutien aux personnes vivant avec le VIH (PvVIH). Son histoire, ses activités et ses perspectives montrent une dynamique communautaire qui dépasse les besoins locaux.

## UNE ASSOCIATION VIH S'ENGAGE POUR LES PUD

L'Association Espoir pour Demain (AED) a été créée à Bobo-Dioulasso et reconnue officiellement par les autorités burkinabè en 2003. Depuis lors, elle intervient dans son centre de santé communautaire et au sein de structures publiques auprès des PvVIH, en particulier des enfants, de leurs mères, des femmes enceintes et des familles infectées et affectées. Elle apporte entre autres un soutien psychosocial qui facilite et rend plus efficace la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et le soin aux enfants de parents atteints par le VIH, les hépatites et la tuberculose. Elle mène aussi des activités de sensibilisation et de prévention. La consommation de drogues est croissante et de plus en plus apparente depuis une dizaine d'années au Burkina Faso, avec des répercussions sur la santé des consommateurs. Chaque année, selon le Centre national de lutte contre la drogue (CNLD), une centaine de patients sont reçus dans les services hospitaliers pour consommation de drogues. En l'absence de réponse adaptée aux besoins de ces personnes, dont certaines étaient concernées par les activités VIH de AED, l'association a commencé à développer sur le terrain des activités dédiées.

## D'UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE À L'ACTION DE TERRAIN ET AU PLAIDOYER

La législation concernant les PUD est essentiellement répressive au Burkina-Faso, comme dans la plupart des pays de la sous-région ouest-africaine. La consommation y est assimilée à un délit et les PUD à des personnes à réprimer. AED a développé des actions à leur égard et soutenu la création en 2021 d'une association spécifique, COLIBRI SUD, qui intervient auprès des usagers de Bobo-Dioulasso et sa région.

Aujourd'hui, AED et COLIBRI SUD ont étendu leurs activités à la prise en charge des PUD dans leur avec :

- Une offre de service spécifique : AED et COLIBRI SUD proposent un soutien psychosocial et une aide complémentaire aux hospitalisations (seul le service de psychiatrie accueille des PUD à Bobo-Dioulasso).
- Un plaidoyer auprès des décideurs politiques et institutionnels : pour améliorer la prévention, les soins et la protection des droits des PUD. L'objectif est de décriminaliser des formes de consommation, réduire la stigmatisation et permettre aux PUD d'accéder plus facilement aux soins.
- Le développement des partenariats : les collaborations entre les autorités sanitaires et les organisations de la société civile sont favorisées pour mettre en œuvre des programmes de prévention et de soins, notamment au travers de la Plateforme nationale de plaidoyer et de lutte contre l'abus des drogues, créée en 2021.
- La promotion de la santé publique : orienter les politiques de santé vers une approche globale, intégrant la prévention, le traitement et la réinsertion sociale des PUD.

## DES DÉFIS À RELEVER

Grâce à l'engagement de la présidente d'AED d'abord à la Commission ouest-africaine des drogues au niveau régional, puis comme présidente de la Plateforme nationale de plaidoyer et de lutte contre l'abus des drogues, la mobilisation communautaire s'est étendue et porte le plaidoyer aux niveaux national et sous-régional. Ces avancées importantes permettent de faire entendre la voix des PUD. Toutefois, de nombreux défis subsistent :

- La résistance culturelle et sociale : la stigmatisation des PUD reste forte, ce qui entrave l'accès aux soins et à la justice.
- Le manque de ressources : les budgets alloués à la lutte contre les addictions sont souvent insuffisants, limitant l'ampleur des interventions.
- La complexité des problématiques : la consommation de drogues est souvent associée à d'autres problèmes sociaux (pauvreté, exclusion sociale, violences, ...), ce qui rend la prise en charge complexe.
- La nécessité de réformes nationale et régionale des systèmes juridiques et sanitaires
- La transformation des systèmes juridiques et sanitaires au Burkina Faso en faveur des PUD est un processus lent. Un plaidoyer efficace est nécessaire pour une approche multisectorielle et inclusive.

En combinant des efforts de sensibilisation, de réforme juridique, de renforcement de système de santé et d'implication de la société civile, il est possible de créer un environnement plus favorable à la santé et au bien-être des personnes touchées par l'addiction aux substances.

# LE CADRE JURIDIQUE EN AFRIQUE OUEST ET CENTRE

Mbissane NGOM (Professeur de droit, Université Gaston Berger de Saint-Louis, Sénégal)

Contact : mbissane.ngom@ugb.edu.sn

*Alors que de plus en plus de pays remettent en cause le recours à la répression pour lutter contre la consommation de drogues, tel n'est pas le cas en Afrique de l'ouest et du centre où on continue à emprisonner des usagers de drogues. Mais, dans ce contexte consternant, certains pays, comme le Ghana et la Côte d'Ivoire font le choix de revoir leur politique pour mieux répondre aux exigences de respect des droits humains et de santé publique.*

Renouveler l'approche liée à la prise en charge de la consommation de drogues est devenu important. L'exigence de prise en compte des questions médicales et d'envisager la consommation de drogues comme un problème de santé, conjugué au constat de violations fréquentes de droits des usagers de drogues au nom de la lutte contre la drogue, pousse toutes les parties prenantes à promouvoir une réforme des législations sur les drogues. Ces changements permettent de sortir de la logique répressive et d'envisager des solutions reposant sur un traitement plus respectueux des droits humains. Le débat a également cours en Afrique subsaharienne et des solutions différentes sont envisagées selon les pays. Elles s'inscrivent dans deux directions qui traduisent d'une part une forte résistance de la logique répressive et d'autre part une poussée de l'approche fondée sur la santé et les droits humains.

## UNE FORTE RÉSISTANCE DE LA LOGIQUE RÉPRESSIVE

Aujourd'hui encore, la logique de la « guerre à la drogue » demeure la seule réponse apportée à la consommation de drogue dans la plupart des pays ouest et centre africains.

### *L'emprisonnement comme principale réponse à la consommation de drogue*

En Afrique la primauté est donnée à la réponse pénale dans le traitement de la consommation de drogue. Toutes les législations l'incriminent avec une procédure privilégiant le circuit judiciaire. Toute la chaîne pénale est mobilisée pour apporter une réponse répressive à cette consommation illicite. Ainsi en est-il de toutes les forces de sécurité et défense qui appréhendent les « délinquants », du parquet qui les poursuit et le juge du siège qui les condamne. Celui-ci a une faible marge de manœuvre. Les législations privilégient l'emprisonnement comme peine principale applicable à la consommation de drogue. Et les peines sont sévères, allant d'un à six mois. Parfois douze. Exceptionnellement à plusieurs années, notamment en cas de récidive.

Erigée en infraction, la consommation de drogue est donc soumise au réseau pénal mais à celui-ci est greffée une logique médicale. Ainsi, le législateur organise un circuit de dérivation vers le réseau médico-social avec la possibilité d'un traitement volontaire se substituant à la sanction pénale.





## La faiblesse du recours aux réponses alternatives

Les différentes législations sur la drogue prévoient des réponses alternatives à l'emprisonnement. On ne peut cependant manquer de relever que les juridictions y ont peu recours, soit en raison de l'absence d'un dispositif permettant leur mise en œuvre, soit par crainte d'être taxées de laxiste. Ainsi, par exemple, l'ineffectivité du dispositif d'injonction thérapeutique est manifeste. Cette solution permet au juge de référer l'utilisateur de drogues à un médecin pour un traitement médical. Le dispositif est prévu par la totalité des législations, soit facultativement soit obligatoirement, en alternative ou en complément de la sanction pénale.

Les législations prévoient également des sanctions pécuniaires, notamment des amendes. Mais le recours aux peines d'amendes se révèle inefficaces en raison de l'indigence des usagers attirés devant les juridictions.



## Les poussées de l'approche fondée sur la santé et les droits humains

Malgré la prégnance de la logique répressive, il faut relever une poussée des approches nouvelles qui reposent sur une prise en compte des exigences de respect des droits humains et de la dimension santé publique dans le traitement de la consommation de drogues.

Deux exemples permettent d'illustrer cette évolution, lente et silencieuse mais irréversible. Il s'agit de l'introduction de dispositions légales sur la réduction des risques d'une part et la désescalade dans la sanction pénale d'autre part.



## L'INTRODUCTION DE DISPOSITIONS SUR LA RDR

Ce premier exemple est pris du droit ivoirien. La Loi n° 2022-407 du 13 juin 2022 portant lutte contre le trafic et l'usage illicites des stupéfiants, des substances psychotropes et leurs précurseurs en Côte d'Ivoire contient une disposition sur la possibilité de mener et d'offrir des services de réduction des risques. Cependant, le détail de l'offre de services de RdR n'est pas précisé. D'où la nécessité d'élaborer des textes d'application indiquant les activités pouvant être menées ainsi que le statut des intervenants et leurs rapports avec les structures chargées de la lutte contre la drogue.

Hors ces deux pays, dans les autres pays, on note plutôt une tolérance juridico-administrative de la mise en œuvre d'activités de RdR. Ainsi sont apparus des centres de prise en charge des usagers dépendants, centres qui offrent en même temps des services de RdR. Mais, ces centres et les services qu'ils proposent ne reposent pas sur un cadre légal clairement défini. Il s'agit plus d'une tolérance de ces activités que d'autre chose.

## LA DÉSESCALADE DANS LA SANCTION PÉNALE

La désescalade dans la sanction pénale est envisagée ici comme un mouvement de dépenalisation, se traduisant par une réduction des peines. On constate que la sanction reste pénale mais elle est réduite dans son quantum ou dans sa nature. En Côte d'Ivoire, l'usage de drogue est désormais sanctionné d'un emprisonnement d'un à trois mois et d'une amende de 50.000 à 500.000 FCFA contre antérieurement une peine d'emprisonnement d'un an à cinq et une amende de 200.000 à 5.000.000 FCFA. Le Ghana a opéré en 2020 une réforme de son cadre juridique en introduisant des alternatives à l'incarcération pour possession de drogue pour usage personnel. La loi Ghanéenne substitue à la sanction pénale une amende civile. Si la prohibition est maintenue, la sanction change. Le risque d'emprisonnement disparaît et c'est là toute la différence. Le Ghana, comme d'autres pays africains anglophones, s'inscrit dans un mouvement de dépenalisation en réponse au constat de l'inefficacité du tout répressif.



**POUR EN SAVOIR PLUS**

<https://drug-policy-course.thinkific.com/courses/drug-policy-short-course>

<https://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-health/drug-policy-and-drug-use>

<https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/08/WADC-MDL-FR-WEB.pdf>



# BILAN DES ACTIVITÉS DE RDR DANS LES FUMOIRS ASSOCIATION PASEN – DALOA, CÔTE D'IVOIRE

**SCIDAF SCIENCES SOCIALES ET DROGUES EN AFRIQUE FRANCOPHONE**  
DIVERSIFICATION DES USAGES, TRANSFORMATION DES APPROCHES  
**2 0 2 4 COLLOQUE INTERNATIONAL DAKAR 21-23/05/2024**

## BILAN DES ACTIVITES DE REDUCTION DES RISQUES DANS LES 'FUMOIRS' DE L'ASSOCIATION PASEN A DALOA EN CÔTE D'IVOIRE

Ahouansou Stanislas Sonagnon Houndji 1,2, Konan Bah Modeste Gnamien 1,2, Stéphane Jérôme Evanno 2, Yao François Kouakou 1,2, Tano Kouadio Adingra 2, Romuald Tian Bi 2, Ange Privat Semi Bi Zoro 2, N'dri Kpôlè Modeste Konan Koffi 1,2, Konaté Kassim 2, Soumahoro Vagondo

1. Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa (Côte d'Ivoire)  
2. Association Communautaire Paroles Autour de la Santé et de l'Environnement (PASEN)

Contexte et Objectifs	Résultats
<p><b>L'Association communautaire 'Paroles Autour de la Santé et de l'Environnement' (PASEN)</b> créée en 2021 à Daloa (Haut-Sassandra-Côte d'Ivoire), mène des activités de Réduction des Risques dans les 'fumoirs', incluant notamment des séances de sensibilisation et de dépistage VIH, Tuberculose (TB), paludisme, de référencement vers les Centres de Santé, de distributions de matériels de consommation.</p> <p>La création de cette association, se justifie par le fait que la <b>majorité des associations et ONG militant en faveur des Usagers de Drogues (UD), reste concentrée dans la capitale économique (Abidjan)</b>. L'exhaustivité des données sur les UD se trouve ainsi affectée vu que les données épidémiologiques sur le VIH et la TB ne prennent pas en compte les cas de l'intérieur du pays. Les données sur les facteurs de risque associés et les obstacles à la prévention, au dépistage, au traitement et actions de plaidoyer pour les droits humains occultent également les localités de l'intérieur. Cette situation ne favorise pas une structuration holistique des interventions à l'échelle de tout le pays.</p> <p>Ce poster dresse le bilan des activités de PASEN en 2023 dans les fumoires du Haut-Sassandra (Zoukougbeu, Daloa, Vavoua, Issia...)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PASEN</b> a réalisé en 2023 dans les fumoires du Haut-Sassandra (Zoukougbeu, Daloa, Issia, Vavoua), plus de <b>30 sorties</b> terrains .</li><li>• Sensibilisé <b>1095 UD</b> sur le VIH, la TB, les droits humains et la Réduction des Risques.</li><li>• PASEN a distribué <b>1124 préservatifs</b> masculins et <b>44 Seringues</b> pour les UD injecteurs.</li><li>• <b>300 embouts</b> pour les pipes à crack (pour éviter la TB)</li><li>• Dépisté (Autotest) <b>1018 UD</b> sur le VIH/Sida).</li><li>• Convoyé depuis les fumoires <b>19 boîtes de crachats</b> au Centre Anti Tuberculeux dont <b>13 TB+</b> mis sous traitement, <b>10 PDV</b>, <b>02 inobservants</b> au traitement, <b>01 guéri</b>.</li><li>• PASEN a également participé au <b>3ème Congrès sur la Santé et Engagement Communautaire</b>.</li><li>• Au niveau des difficultés, nous pouvons mentionner la <b>gestion difficile des pairs éducateurs, le manque de financement et le peu d'intérêt accordé aux UD de l'intérieur</b> du pays.</li></ul>
Méthodes	Conclusion
<p>La méthodologie utilisée par les membres de l'Association pour mener les activités dans tous les fumoires, est basée sur une <b>approche communautaire et partenariale ou Institutionnelle</b>.</p> <p>L'<b>approche partenariale et communautaire</b> est une méthode de travail qui vise à impliquer activement les différents acteurs d'une communauté dans la résolution de problèmes ou la réalisation d'objectifs communs. Cette approche repose sur la collaboration et la coopération entre les membres de la communauté, les Organisations locales et internationales, les professionnels de santé, les institutions publiques, et parfois même le secteur privé.</p>	<p>PASEN réussit à mener toutes ces actions dans les fumoires, parce que ses membres sont d'abord des communautaires: (ex-UD/UD), des Universitaires (Anthropologues de la santé, Criminologues), ce qui constitue un interface (PASEN est un pont) entre les professionnels de santé et les UD stigmatisés, souffrant de TB, du VIH, VBG, la gale, le paludisme, les hépatites etc. dans les fumoires difficiles d'accès.</p>
Remerciements	
	
	<p>En Côte d'Ivoire, les fumoires sont des zones souvent fermées et peu ventilées avec des conditions d'hygiène très précaires et pas d'accès à l'eau courante et sanitaires. Les conditions sont propices à la propagation de maladies. Différents types d'usage de drogues existent dans les fumoires de la <b>marijuana à l'héroïne=pao (en nouchi)</b>, en passant <b>par le crack=yô (en nouchi)</b> et les médicaments détournés. Ils sont fréquentés principalement par des usager-e-s de drogues précaires (entre <b>20 et 400 UD</b> selon les fumoires). Les fumoires fonctionnent selon un système hiérarchique, avec des chefs, les « babatchès » ou « babas » ; des sous-chefs, des guetteurs pour la sécurité, des vendeurs pour chaque type de drogue et des « zèpiers »</p>

Dessinateur : Cornelia Neuwirt

Collaboration : Mélina Germes, Evanno Jérôme et Houndji Stanislas  
in ouvrage collectif. Narcotic Cities (2023), publié en Allemagne

CONTACT<parolesautourdelasanteetdelenv@gmail.com>





# MERCI



LE JOURNAL PAR ET POUR LES PERSONNES USAGÈRES  
ET EX USAGÈRES DE DROGUES, LEURS PROCHES,  
ET LES PARTIES PRENANTES D'AFRIQUE FRANCOPHONE