



HAL
open science

Traitement des usagers de drogues au Sénégal. La médicalisation d'une déviance sociale

Albert Gautier Ndione

► **To cite this version:**

Albert Gautier Ndione. Traitement des usagers de drogues au Sénégal. La médicalisation d'une déviance sociale. Anthropologie sociale et ethnologie. Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2017. Français. NNT: . tel-01693114

HAL Id: tel-01693114

<https://hal.science/tel-01693114>

Submitted on 8 Feb 2018

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.

UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
École Doctorale Études sur l'Homme et la Société (ÉT.HO.S.)



Année : 2016

N° d'ordre : ÉT.HO.S.

Thèse pour l'obtention de grade de Docteur

Domaine : Études sur l'Homme et la Société

Mention : Socio-Anthropologie

Présentée par

Albert Gautier Ndione

**Le traitement des usagers de drogues au Sénégal
La médicalisation d'une déviance sociale**

Soutenue le 22 mars 2017 devant le jury composé de :

Président : Abdoulaye Bara Diop, Professeur émérite, FLSH, UCAD

Rapporteur : Mamadou Badji, Professeur titulaire, FSJP, UCAD

Rapporteur : Alice Desclaux, Directrice de recherche, IRD,
Montpellier

Examineur : Jean-Michel Bessette, Professeur des Universités,
Université Franche-Comté, Besançon

Directeur de thèse : Lamine Ndiaye, Professeur titulaire, FLSH, UCAD

AVANT-PROPOS

Cette étude est la première du genre en socio-anthropologie au Sénégal sur le thème de la consommation d'héroïne et de cocaïne. Elle est plus descriptive des identités et pratiques d'une population cachée et mal connue. Elle pose les bases de la recherche sur les usagers de drogues dites *dures* et ouvre des perspectives de recherches sur ce sujet. La thèse est écrite en français *authentique* et ne tient pas en compte des modifications récemment apportées dans l'orthographe de cette langue.

En termes de conventions d'écriture, les termes émiqes ou institutionnels sont mis en italique dans tout le texte. Les citations en anglais sont laissées en l'état pour éviter toute erreur de traduction qui peut créer une mauvaise interprétation. La thèse est composée de 4 parties ; chaque partie compte 3 à 4 chapitres ; chaque chapitre compte 20 pages en moyenne (à l'exception de quelques chapitres théoriques).

Dédicace

À ma famille,

Temple de paix, de joie et de fraternité,

Tu grandis d'année en année, au Sud comme au Nord, en amour et en sagesse,

Époustouflante, enthousiaste, gaie, immense belle famille de tendresse !

Tu mets la joie dans le cœur des grands parents, motives les enfants bien aimés,

Oh toi ! Cadre idéal d'éducation pour tes petits enfants courant, sautant, chantant, bien heureux.

Que nous réserves-tu encore de plus beau, de grandiose, de miraculeux ?

Tellement on en a déjà vu, admiré et rigolé.

Demeure ce temple de paix, de joie et de fraternité,

Afin que, ici ou ailleurs, en vie et quand on meurt, ta plénitude demeure.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Lamine NDIAYE

Mon directeur de thèse qui a dirigé tous mes travaux universitaires en commençant par le Baccalauréat où vous avez été le président de mon Jury. J'étais loin de me douter que notre compagnonnage serait l'histoire de tout mon cursus universitaire. Après les mémoires de maîtrise puis de Master 2, voici encore que vous accepté, avec joie et fierté, de diriger ma thèse. Vous m'avez cherché et trouvé une bourse qui, pendant toute l'année 2014, m'a accompagné dans mes travaux. Vous m'avez, en même temps associé à une étude internationale stimulante sur les crimes en Afrique. Pour votre humanisme, votre rigueur, votre éthique professionnelle et votre amour de la recherche, soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Professeure Alice DESCLAUX

Mon encadreur et maître de stage à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) depuis 2010. Vous vous êtes beaucoup investi dans ma thèse par votre apport scientifique incommensurable et par votre appui à la recherche de bourse pour la fin de ma thèse. Pas à pas, durant 5 années de recherche, vous m'avez formé avec rigueur à l'écriture scientifique et aux exigences de la recherche en sciences sociales. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Au Professeur Sylvain Landry FAYE

Vous avez été la première autorité de ma socialisation scientifique en m'impliquant, très tôt, dans vos programmes et projets de recherche. Vous m'avez fait confiance et responsabilisé pour plusieurs de vos travaux et pendant les sorties pédagogiques pour lesquelles vous vous investissez sans ambages. Vous m'avez accordé du temps et prêté oreille tout au long de cette recherche. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de toute ma reconnaissance et de ma plus grande estime.

Aux professeurs Abdoulaye Bara Diop, Mamadou Badji, Jean-Michel Bessette et Alice Desclaux pour avoir accepté de juger mon travail.

À tous les usagers de drogues qui ont participé à cette recherche. Je me réserve de

faire des appréciations sur la qualité de votre franche collaboration sur ce travail. Je laisse le lecteur découvrir, seul, dans vos propos et dans mes analyses, la joie immense de travailler avec une population très ouverte et soucieuse de partager ses expériences pour la postérité. Une pensée spéciale à mes trois amis Assane, Coumba et Alioune, décédés au cours de mes enquêtes ; reposez en paix.

À tous les soignants et personnes ressources qui ont contribué à la réalisation de cette thèse par leur franche collaboration.

Nous tenons à remercier chaleureusement les organismes qui ont contribué à la réalisation de cette thèse par leur financement. Il s'agit du Centre internationale de Criminologie Comparée de l'Université de Montréal qui, par le concours du Professeur Lamine Ndiaye, a financé cette thèse pendant toute l'année 2014. Il y a, ensuite, l'Institut de Recherche pour le Développement qui nous a octroyé une bourse de mobilité pendant toute l'année 2015. Il y a, enfin, le SIDACTION qui nous a octroyé une bourse de fin de thèse en 2016. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

À tous les responsables du programme de prévention et de traitement pour les usagers de drogues à Dakar, particulièrement aux docteurs Annie Leprêtre, Idrissa Bâ, Kharim Diop et Maryvonne Maynard à qui nous souhaitons plein de succès dans leur commun désir de vouloir répondre à la demande d'une catégorie de personnes en quête de traitement.

À ma femme Marie Thérèse Cardoso qui a été compréhensive et qui m'a beaucoup soutenue dans la réalisation de cette thèse. Tu as supporté mes séjours, parfois longues, à l'étranger, mes absences familiales, mes manques d'attention... dus aux exigences de la recherche. Trouve dans ce travail, le fruit de ton soutien et de tes prières pour ma thèse.

À Jean-Baptiste Diene, El Hadj Malick Sy Camara, Sandrine Musso, Khoudia Sow, Anne Lovell, Sokhna Boye, Mouhamed Badji, Mame Soukèye Mbaye, Ashley Ouvrier, Marie Jauffret-Roustide, pour vos relectures, observations et orientations apportés à ce travail. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

À l'Unité Mixte International 233 (TransVIHMI) de l'IRD qui nous a octroyé un

cadre pour nos travaux en nous accueillant, depuis 2010, comme stagiaire.

À toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette thèse.

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
RÉSUMÉ	2
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	4
CONVENTION POUR LA TRANSCRIPTION DES MOTS WOLOF.....	8
INDEX DES FIGURES.....	11
INDEX DES TABLEAUX	12
INDEX DES ENCADRÉS	13
INTRODUCTION GÉNÉRALE : VERS UN RENOUVELLEMENT DU REGARD SUR LES DROGUES	14
PREMIÈRE PARTIE	
CONTEXTUALISATION.....	18
CHAPITRE 1 : LES DROGUES EN AFRIQUE DE L'OUEST : DU TRAFIC ET DE LA CONSOMMATION	19
CHAPITRE 2 : POUR UNE SOCIO-HISTOIRE DES DROGUES AU SÉNÉGAL	38
CHAPITRE 3 : CONSTRUCTION DE L'OBJET DE LA RECHERCHE.....	54
DEUXIÈME PARTIE	
CONCEPTUALISATION, MÉTHODOLOGIE ET ETHNOGRAPHIE DU MILIEU DES USAGERS DE DROGUES.....	71
CHAPITRE 4 : LA MÉDICALISATION : CONCEPT ET MODÈLE D'ANALYSE.....	72
CHAPITRE 5 : LE CONCEPT DE DÉVIANCE	84
CHAPITRE 6 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET PROFIL DES PERSONNES ENQUÊTÉES	94
CHAPITRE 7 : ÊTRE CONSOMMATEUR DE CAME À DAKAR : ETHNOGRAPHIE D'UN MILIEU À LA MARGE.....	125
TROISIÈME PARTIE	
MOBILISATIONS INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES DES CONSOMMATEURS DES DROGUES	161
CHAPITRE 8 : L'AUTOMÉDICATION CHEZ LES USAGERS DE DROGUES À DAKAR.....	162
CHAPITRE 9 : LE VOYAGE HORS DU MILIEU.....	180
CHAPITRE 10 : DU RAPPORT À LA JUSTICE AU SEVRAGE PAR INCARCÉRATION VOLONTAIRE	200
CHAPITRE 11 : LES MOBILISATIONS COLLECTIVES AUTOUR DE L'USAGE DES DROGUES À DAKAR	220
QUATRIÈME PARTIE	
DE LA MÉDICALISATION AUX RÉACTIONS SOCIALES IMMÉDIATES	238
CHAPITRE 12 : LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF DE TRAITEMENT POUR LES USAGERS DE DROGUES.....	239
CHAPITRE 13 : RÉACTIONS SOCIALES DES ACTEURS IMMÉDIATS.....	265
CHAPITRE 14 : PERCEPTIONS ET APPRÉCIATIONS DES USAGERS DE DROGUES SUR LE CEPIAD	287
CONCLUSION GÉNÉRALE	307
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	313
WEBOGRAPHIE.....	325
INDEX DES MOTS CLÉS	327
TABLE DES MATIÈRES	329
ANNEXES.....	336

Résumé

En sociologie, la médicalisation désigne le processus par lequel certains phénomènes non médicaux sont définis et traités comme des problèmes médicaux (généralement comme maladie ou dysfonctionnement). À Dakar, à la suite d'une enquête épidémiologique (UDSEN, 2011), un dispositif de traitement est mis en place pour les usagers de drogues (héroïne, cocaïne/crack) dans une approche de Réduction des Risques. La thèse décrit et analyse ce processus qui fait passer la population d'usagers de drogues de la catégorie de déviant à celle de malade.

Les données qui servent de base à cette thèse sont issues des enquêtes qualitatives (entretiens répétés et observation), auprès de plusieurs populations à Dakar (CDI ; acteurs de la mise en place du dispositif, soignants, associatifs) entre 2012 et 2015. Les questions explorées concernent la culture de consommation des drogues à Dakar, les mobilisations individuelles et collectives autour de l'usage de drogues incluant les pratiques d'auto-sevrage, la mise en place du dispositif de traitement RDR ainsi que les appréciations des acteurs sociaux immédiats (médecins, pharmaciens, paramédicaux, associatifs, force de l'ordre, usagers de drogues).

Le dispositif de traitement des usagers de drogues a eu pour prétexte l'exposition au VIH et maladies associées et a mobilisé des acteurs locaux et internationaux professionnels du sida. Le processus de médicalisation, qui a fait émerger un nouveau jargon et de nouvelles pratiques de traitement, est différemment apprécié par les acteurs sociaux immédiats. Les soignants ainsi que les associatifs sont la catégorie qui accepte et s'approprie le plus les concepts et la démarche de réduction des risques contrairement aux forces de l'ordre qui s'opposent à cette démarche.

Les usagers de drogues à Dakar, qui ont une longue expérience dans le milieu de la consommation de produits jugés « illicites », se sont créés un univers « à la marge » où ils ont capitalisé un certain nombre d'expériences en matière de pratiques de consommation, de modes de gestion de leur toxicomanie, de leurs rapports aux produits et de pratiques de sevrage. Ces savoirs « profanes » sont mobilisés pour apprécier le nouveau dispositif de soin qui est mis à leur disposition. 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 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.

Mots clés : médicalisation, déviance, marginalisation, exclusion, usage de drogues, traitement, Réduction des risques, sevrage, Sénégal

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AA :	Alcoholic Anonymous
AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
ANCS :	Alliance Nationale Contre le Sida
ANRS :	Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites
ASPUD :	Association Sénégalaise pour la prise en charge du sida chez les Usagers de Drogues
ASRDR :	Association Sénégalaise pour la Réduction des Risques
ASUD :	Auto Support des Usagers de Drogues
CAARUD :	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CCC :	Communication pour un Changement de Comportement
CDI :	Consommateur de Drogues Injectables
CEDEAO :	Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CEE :	Communauté Économique Européenne
CEPIAD :	Centre de Prise en charge Intégré des Addictions
CFA :	Communauté Financière Africaine
CHNU :	Centre Hospitalier National Universitaire
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CILD :	Comité Interministériel de Lutte contre les Drogues
CNLS :	Conseil National de Lutte contre le Sida
CRCF :	Centre de Recherche et de Formation Clinique
CSAPA :	Centre de Soins, d'Accompagnement et de prévention en Addictologie
CSID :	Centre de Sensibilisation et d'Information sur la Drogue

CTA :	Centre de Traitement Ambulatoire
DCI :	Dénomination Commune Internationale
DES :	Diplôme d'Étude Spécialisation
DSM :	Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders
ENDSS :	École Nationale pour le Développement Sanitaire et Social
ESTHER :	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
ICASA :	International Conference on HIV/AIDS and STI's in Africa
IEC :	Information Éducation et Communication
IHS :	Institut d'Hygiène Sociale
IMEA :	Institut de Médecine et d'Épidémiologie Appliquée
INCB :	International Narcotics Control Board
INCSR :	International Narcotics Control Strategy Report
INL :	International Narcotics and Law Enforcement Affairs
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRD :	Institut de Recherche pour le Développement
IREP :	Institut de Recherche et d'Enseignement de Psychopathologie
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
LBV :	Laboratoire de Bactériologie-Virologie
LSD :	Diéthylamide de l'acide lysergique de l'Allemand Lysergsäurediethylamid
MDM :	Médecins Du Monde
MFDC :	Mouvement des Forces Démocratiques de Casamance
MINT :	Ministère de l'Intérieur
NA :	Narcotic Anonymous
NIDA :	National Institute of Drug Abuse (USA)

OCRTIS :	Office Centrale de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants
OFDT :	Observatoire Française des Drogues et des Toxicomanies
OGD :	Observatoire Géopolitique des Drogues
OICS :	Office Internationale Contre les Stupéfiants
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONU :	Organisation des Nations Unies
ONUDC :	Organisation des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
ONUSIDA :	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PES :	Programme d'échange de seringues
PNUCID :	Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues
PVVIH :	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
RDR :	Réduction Des Risques
RECERS :	Réseau Communautaire pour la promotion de l'éthique de la recherche et des soins au Sénégal
RFA :	République Fédérale Allemande
STA :	Stimulant de Type Amphétamine
TB :	Tuberculose
TSO :	Traitement de Substitution aux Opiacés
UA :	Union Africaine
UCAD :	Université Cheikh Anta Diop
UDI :	Usager de Drogues Injectables
UDSEN :	Usagers de Drogues au Sénégal
UN :	United Nations
VHB :	Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
WACD : West Africa Commission on Drug

CONVENTION POUR LA TRANSCRIPTION DES MOTS WOLOF

La transcription phonétique employée dans cette thèse fait référence au du livre de grammaire de Jean-Léopold Diouf¹

Écriture usuelle des phonèmes	Transcription phonétique	Prononciation	Exemple	Sens
A	[a]	a simple	Ay	Des
Aa~à	[a :]	a long	Aay	talentueux
B	[b]	b simple	Nëb	Pourri
Bb	[b :]	b tendu	Nëbb	Cacher
C	[tʃ]	Tch	Cat	Bout
Cc	[tʃ :]	tch tendu	Fecc	Danser
D	[d]	d simple	Dof	Fou
Dd	[d :]	d tendu	Sedd	Froid
E	[ɛ]	ai court	Set	Proper
Ee	[ɛ :]	ai long	Seet	Regarder
É	[e]	é fermé simple	Wér	être sain
Ée	[e :]	é fermé long	Wéer	Appuyer contre
Ë	[ɨ]	Eu	Bët	Œil
F	[f]	f simple	Fan	Où
G	[g]	g simple	Dag	Valet
Gg	[g :]	g tendu	Daag	Couper
I	[i]	i court	Nit	Humain

¹ J.L. DIOUF, *Grammaire du wolof contemporain*, Tokyo, Tokyo press Co., Ltd. 2001, pp.15-17.

I	[I]	ii long	Niit	Humain
Ii	[II]	ii long	Niit	Éclairer
J	[jʃ]	Dj	Děj	funérailles
Jj	[jʃ :]	dj tendu	Děj	Vulve (injurieux)
K	[k]	k simple	Kan	Qui (question)
Kk	[k :]	k tendu	Bakkan	Nez
L	[l]	l simple	Gal	or blanc
Ll	[l :]	l tendu	Gall	régurgiter
M	[m]	m simple	Gëm	Croire
Mm	[lm :]	m tendu	Gëmm	Fermer les yeux
Mb	[mb□]	mb nasalize	Lumb	fœtus, caillot
Mp	[mp~]	mp nasalize	Lump	Une bouchée
N	[n]	n simple	Fen	Mentir
Nc	[nt□ʃ]	tch nasalize	Denc	Garder
Nd	[nd□]	nd nasalize	Bind	Écrire
Ng	[ng□]	ng nasalize	Song	Attaquer
Nj	[nd□ʃ]	ndj nasalize	Donj	Motte
Nk	[nk□]	nk nasalize	Bank	Plier
Nn	[n :]	n tendu	Fenn	qlq., nulle part
Nq	[nq□]	nq nasalize	Manq	Aspirer
Nt	[nt□]	nt nasalize	Sant	remercier
n□	[ŋ]	gn tendu	won□	Essorer
n□n□	[ŋ :]	gn tendu	won□n□	Compter
Ŋ	[ŋ]	n tendu	Goŋŋ	cynocéphale
Ŋŋ	[ŋ:]	ng ou g s'amuit	Goŋ	Sorte de lit

O	[ɔ]	o court	Tol	sorte de fruit
Oo	[ɔ:]	o long	Tool	Champ
Ó	[o]	au court	Tó	Fumer
Óo	[o:]	au long	Ó	être saturé
P	[p]	p simple	Pëdd	jaune d'œuf
Pp	[pp]	p tendu	Dëpp	renverser
Q	[q]	kh tendu	Taq	être souillé
R	[r]	r simple	Ree	Rire
S	[s]	s simple	Saw	Uriner
T	[t]	t simple	Bët	Œil
Tt	[t:]	t long	Bëtt	trouer, percer
U	[u]	ou court	Xur	vallée asséchée
Uu	[u:]	ou long	Xuur	être rouillé
W	[w]	Simple	Jaw	Un nom de famille
Ww	[w:]	Tendu	Jaw	firmament
X	[x]	kh simple	Tax	être la cause
Y	[j]	(i) II simple	Boy	prendre feu
Yy	[j:]	(i) II tendu	Boyy	Être resplendissant

INDEX DES FIGURES

FIGURE 1 : TRANSIT DE COCAÏNE PURE DE L'AFRIQUE DE L'OUEST VERS L'EUROPE (EN TONNE)	30
FIGURE 2 : SAISIES D'HÉROÏNE EN AFRIQUE DE L'OUEST (EN KILOGRAMME)	30
FIGURE 3 : PLACE DE L'AFRIQUE DE L'OUEST DANS LES PRINCIPAUX FLUX DU TRAFIC D'HÉROÏNE	31
FIGURE 4 : PLACE DE L'AFRIQUE DE L'OUEST DANS LES PRINCIPAUX FLUX DU TRAFIC DE COCAÏNE	32
FIGURE 5 : PRÉSENTATION DE L'INTERFACE DU LOGICIEL ZOTÉRO	98
FIGURE 6 : PRÉSENTATION DE LA FENÊTRE PRINCIPALE D'ATLAS.....	99

INDEX DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : SAISI DE CANNABIS DE 1994 À 1996 (EN KILOGRAMME).....	28
TABLEAU 2 : SAISI D'HEROÏNE DE 1994 À 1996 (EN KILOGRAMME)	28
TABLEAU 3 : SAISIES DE COCAÏNE DE 1994 À 1996 (EN KILOGRAMME).....	29
TABLEAU 4 : NIVEAUX ET DIMENSIONS DE LA MÉDICALISATION ET DE LA DÉMÉDICALISATION	82
TABLEAU 5 : APPLICATION DU MODÈLE DE HALFMANN À LA MÉDICALISATION DE L'USAGE DES DROGUES AU SÉNÉGAL	83
TABLEAU 6 : REPRÉSENTATIONS DE LA DÉVIANCE ET DÉVELOPPEMENT DE LA SOCIÉTÉ. SOURCE	93
TABLEAU 7 : PROFIL DES SOIGNANTS INTERROGÉS AU CEPIAD	104
TABLEAU 8 : PROFIL DES ASSOCIATIFS ET PERSONNES RESSOURCES INTERROGÉES	105
TABLEAU 9 : PROFIL DES ACTEURS DE LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF	105
TABLEAU 10 : PROFIL DES USAGERS DE DROGUES INTERROGÉS.....	107
TABLEAU 11 : LES MÉDICAMENTS UTILISÉS PAR LES USAGERS	163

INDEX DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1 : NOTES DE TERRAIN, MARS 2013	209
ENCADRÉ 2 : EXTRAIT DU CLUB MÉTHADONE DU 27 MARS 2015.....	292
ENCADRÉ 3 : EXTRAIT DU CLUB MÉTHADONE DU 13 MARS 2015.....	294
ENCADRÉ 4 : EXTRAIT DU CLUB MÉTHADONE DU 20 MARS 2015.....	295
ENCADRÉ 5 : EXTRAIT DU CLUB MÉTHADONE DU 5 AOUT 2016.....	298
ENCADRÉ 6 : EXTRAIT DU CLUB MÉTHADONE DU 19 AOUT 2016.....	300
ENCADRÉ 7 : EXTRAIT DU CLUB MÉTHADONE DU 7 OCTOBRE 2016.....	302

INTRODUCTION GÉNÉRALE

VERS UN RENOUVELLEMENT DU REGARD SUR LES DROGUES À PARTIR DE LA SOCIO-ANTHROPOLOGIE

Pourquoi une recherche en sciences sociales sur les usagers de drogues ? Quelle est la portée scientifique d'un tel sujet ? N'y a-t-il pas d'autres terrains moins problématiques ?

Voici, sans doute, des questions que se pose un chercheur quand il entreprend de mener une recherche sur un thème très peu investi. La curiosité scientifique et le défi d'investiguer un terrain complexe nous avaient déjà motivés, au-delà de nos pensées profane et populaire sur un sujet peu connu. Car, comme l'écrit Norbert Élias, « ce n'est qu'en objectivant sa propre position que le chercheur est à même de pratiquer le désenchantement émotionnel qui sépare le savoir scientifique des préjugés » (Élias, 1993).

Aux origines des interrogations sur les usagers de drogues

En janvier 2011, alors que je venais de soutenir mon mémoire de maîtrise, enthousiasmé par les observations de mon jury composé des professeurs Lamine Ndiaye, Sylvain Faye et Alice Desclaux, l'amour de la recherche avait fini par me gagner et je projetais déjà d'aller plus loin. En même temps, puisque la recherche pour le master m'avait épuisé et que je sentais une fatigue intellectuelle, j'avais décidé de prendre des vacances et de faire autre chose pour me recréer. Avant la réalisation de ce projet de vacance, j'avais décidé, par devoir de reconnaissance et pour exprimer toute ma joie d'avoir franchie une nouvelle étape dans mon cursus, de rendre visite à mes trois encadrants, cités plus haut, afin de les remercier.

Je suis d'abord parti voir mon directeur de mémoire, le professeur Lamine Ndiaye, qui, puisqu'on avait projeté de continuer la recherche, me suggère d'orienter mes recherches vers la criminologie, champ de recherche qu'il investiguait lui-même.

Puis, j'ai rencontré celui qui a fait de moi un praticien rigoureux du terrain en m'impliquant dans de nombreuses études au Sénégal, qui, en sa qualité de socio-anthropologue de la santé, me suggéra de continuer mes investigations sur les professionnels de santé. Cette dernière proposition correspondait à ce que je projetais de faire puisque le système universitaire à Dakar avait changé cette année-là et, à la place d'un DEA rapide et moins costaud, on devait produire un mémoire de master 2, qui répondait aux exigences du nouveau système, le LMD.

Un hasard, car je ne trouve pas une autre meilleure appellation, devait arriver à ce moment. Quand je suis allé voir le professeur Alice Desclaux qui m'encadrait à l'IRD, elle m'a parlé d'un nouveau programme de recherche sur les usagers de drogues au Sénégal et m'a demandé de réfléchir pour voir si je voulais faire une enquête là-dessus. Mes premières idées étaient de rester sur l'anthropologie de la santé et de mener une recherche sur les représentations des soignants sur les usagers de drogues. Puis, au fur et à mesure que j'avais dans la réflexion, je me rendais compte que le sujet sur les usagers de drogues était un objet au carrefour de plusieurs disciplines qui m'intéressaient. Le sujet correspondait également à mes premières aspirations de recherche sur les fumeurs de cannabis à Thiès que j'avais finalement abandonnées pour travailler sur le thème de la santé. À partir de ce moment, je tenais un objet précieux de recherche qui me permettait de renouer avec les sous disciplines de la sociologie comme la criminologie, la sociologie urbaine, la sociologie de la déviance et la socio-anthropologie de la santé.

Drogues et civilisation : un compagnonnage ancestrale

La consommation de drogue est un phénomène social et historique qui a accompagné l'évolution de l'humanité. Elle a eu des fonctions différentes en fonction des groupes, cultures, et des sociétés selon les étapes de leur évolution. Les types de drogues consommées, les catégories de personnes autorisées, les moments de consommation ainsi que les objectifs de consommation relèvent de codifications sociales spécifiques à chaque société. « Quel que soit le continent,

recherche de performance et recherche de sensation (plaisir, visions, etc.) sont les motifs ancestraux de la consommation de produits, en dehors de leur utilisations à des fins thérapeutiques » (Laure, 2004 : 5).

Il y a 5 mille ans, rapporte Laure, les chinois mâchaient des brins d'éphédra, un arbuste ressemblant à un genêt, le ma-huang, pour se tenir éveillés et résister à la fatigue et à la faim pendant les conflits qui secouaient leur continent. Aux indes, les racines d'ashwangandha (littéralement « odeur de cheval ») servent depuis plusieurs millénaires à lutter contre la fatigue, le stress et les pertes de mémoire, mais aussi comme stimulant sexuel masculin et féminin (Laure, 2004). La tradition brahmanique estime que le cannabis rend l'esprit plus agile, accroissant la longévité et la puissance sexuelle. Les principales branches du bouddhisme ont aussi loué ses vertus pour la méditation (Escohotado, 1995).

En Chine, en Sibérie et au Tibet, les racines de l'Arctique (*Rhodiola rosea*) sont consommées pour lutter contre la fatigue, la raréfaction de l'oxygène à haute altitude et comme tonique musculaire. La coca connaît un très grand succès, notamment chez les Indiens des Andes. Les Incas la considèrent comme le médiateur entre Dieu et les Hommes. Ils y recourent pour lutter contre la fatigue, la faim, le manque d'oxygène lié à l'altitude. Sur le continent américain, le muira puama (*Ptychopetalum olacoides*), un petit arbuste, est utilisé depuis longtemps par les indiens d'Amazonie comme tonique général et comme aphrodisiaque (Laure, 2004).

Au début des années 1000, les échanges entre l'Europe et l'Orient reprennent, des marchands et voyageurs parcourent le monde, et reviennent enrichir Naples, Florence ou Venise. Ils rapportent les épices, et parmi elles, ce qui n'est pas encore baptisé « drogue ». Les premières toxicomanies d'Occident, à l'âge classique, sont toujours médicales, souvent euphoriques, et presque innocentes. Les engouements pour l'opium résultent d'une double quête : alléger les souffrances du corps et remédier aux maux sociaux. Les traités de médecine énumèrent leurs miracles : elles donnent joie et santé, force et plaisir. Pour la minorité qui y recourt, ces remèdes sont d'authentiques panacées, le baume quotidien contre toute souffrance et toute peine (Bachmann C. et Coppel A., 1989).

Les Grecs, en plus des vins et des bières, employaient à des fins cérémonielles et ludiques le chanvre et certaines solanacées (jusquiame, mandragore, belladone) en fumigations ou sous forme d'encens. Ils connaissaient aussi un mélange de haschisch, de vin et de myrrhe qu'ils utilisaient pour animer des réunions privées. (Escohotado, 1995). En Islam, le point de vue qui prédomine, au moins jusqu'à la moitié du XIIIème siècle, est celui qu'expose al-Ukbari, érudit, poète et juriste, dans un petit traité consacré à cette drogue : « tu dois savoir que la loi islamique n'interdit pas l'utilisation de drogues dont les effets sont ceux du haschisch. Et puisque rien n'est dit sur elle, le peuple considère que son usage est licite, et l'utilise » (Escohotado, 1995).

Plan de la thèse

Ces différents faits montrent que les drogues ont une histoire liée à l'humanité dans lequel elles ont eu plusieurs fonctions. À travers une revue de la littérature, la thèse abordera le rapport que l'Afrique a eu avec les drogues au fil des années. La revue décrira aussi l'histoire des drogues au Sénégal pour montrer, par la suite, les constructions sociales et leurs origines en matière de consommations de drogues. Après l'exposé du problème de recherche sur la mise en place d'un dispositif médical pour une population à la marge, la thèse décrira la culture d'usage de produits dits « illicites », incluant la manière dont les individus en deviennent dépendants. Une autre partie de la thèse sera réservée à la description du contexte de traitement des drogues par les différents acteurs impliqués (ONG, associations, justice). La thèse finira par la description du dispositif de prévention et de traitement des personnes usagères de drogues et l'analyse des effets sociaux de leur prise en charge.

PREMIÈRE PARTIE
CONTEXTUALISATION

CHAPITRE 1

LES DROGUES EN AFRIQUE DE L'OUEST : DU TRAFIC ET DE LA CONSOMMATION

Introduction

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 ont été variés suivant les époques et les disciplines des auteurs qui se sont penchés sur l'objet « drogues en Afrique ». D'emblée les écrits se sont focalisés sur le trafic qui, depuis les années 1980, est devenu une réalité dans plusieurs pays d'Afrique¹, au point de rester, pendant longtemps, le principal objet de recherche. Les études sur le trafic des drogues en Afrique ont mobilisé des historiens, des journalistes, des économistes et des ethnologues qui en ont montré différents aspects tels que le trafic favorisé par des contextes politiques d'États fragiles, l'absence de moyens de contrôle, les conflits qui ont fragilisé le continent africain et constitué des facteurs favorables au trafic. L'Afrique montre une face perméable qui est saisie par les trafiquants internationaux pour faire transiter des substances (héroïne, cocaïne, médicaments, etc.) mais aussi pour entrer dans le commerce international de drogues par le trafic du cannabis produit sur place.

L'Afrique de l'Ouest a longtemps été concernée par l'usage de substances psychoactives, dont les plus connues sont les dérivés du cannabis (*Cannabis sativa*), le khat et les boissons alcoolisées de production artisanale. Cet usage, rapporte Cesoni, était bien maîtrisé, socialement et individuellement, à des fins rituelles ou thérapeutiques. Certaines de ces substances, comme la kola, ont joué un rôle économique et culturel important, comme moteur des échanges transfrontaliers en

¹ Au Nigéria, où « tout commence », les premières saisies de drogues ont été enregistrées en 1986 ; au Bénin 65 kilo d'héroïne pure furent saisis en 1988 ; au Kenya la police des aéroports a saisi 4 kilos d'héroïne en 1991 ; au Cameroun où 25 saisies pour un total de 4,5 kilos de cocaïne ont été enregistrées entre 1986 et 1990 ; au Gabon entre 1989 et 1990, 13 kilos d'héroïne et 5 kilos de cocaïne furent saisis ; au Sénégal la police aéroportuaire a effectué en 1990 des saisies significatives, parvenant par exemple à détecter des capsules de drogues dans l'estomac de Nigériens ; etc. (Fottorino E., 1991).

Afrique (Cesoni, 1992). Les infusions et autres décoctions sont préparées selon des règles coutumières très codifiées et souvent par le seul sorcier² de la tribu avec un recours aux racines d'iboga, au Khat, à l'ancolie, au café, à la noix de kola. Le pouvoir attribué à ce dernier est tel que les divinités elles-mêmes sont supposées y recourir :

« Dieu, vaquant à ses affaires, dut un jour poser sa noix de cola qu'il mâchait. Un homme s'en empara et, malgré les remontrances de sa femme, se mit à la mastiquer vigoureusement. Mais Dieu revint reprendre son bien. Le charpateur tenta d'avaler sa chique, mais Dieu le saisit de la gorge et le fit recracher. La marque indélébile de Dieu est restée : c'est la Pomme d'Adam » (Laure, 2004).

Dans les sociétés traditionnelles, écrit Césoni, les jeunes et les femmes avaient difficilement accès aux substances psychoactives, réservées au monde des hommes adultes et aux occasions rituelles, comme l'ibogaïne ou la bufoténine pour les rites de chasse (Cesoni, 1992). Il importe de prendre du recul par rapport à cette idéalisation du passé où tous les comportements sociaux sont le plus souvent décrits comme conformes et régis par un certain nombre de codes sociaux jamais transgressés. Ce fait est plutôt lié à une absence de dispositif et de savoir pour identifier le comportement hors norme ou à un manque de travaux pour décrire la notion de mésusage de drogues. Il a fallu attendre jusqu'en 1992 pour que l'hypothèse d'usage non conforme de drogues soit développée dans la littérature par Césoni. Vers les années 1970, écrit-elle, il y aurait eu une croissance de la consommation non rituelle des substances psychoactives traditionnelles, ainsi que de l'usage du tabac parmi les enfants (Cesoni, 1992).

1.1. Un contexte favorable au trafic de drogues ?

La compréhension de l'implication de l'Afrique dans le marché du trafic international de drogues passe par la description des contextes qui ont prévalu dans plusieurs de ces pays et qui ont été favorables à l'ouverture de cette partie du monde au trafic de drogues. La description des contextes politiques, économiques et des conflits permet de

²« Étymologiquement, le terme « sorcellerie » désigne une pratique divinatoire : le sorcier «dit le sort» (latin populaire, *sorliarus*, de *sors*). Dans son usage anthropologique, « sorcellerie » désigne avant tout les effets néfastes d'un rite (accident, mort, infortunes diverses), ou ceux d'une qualité inhérente à une personne désignée du terme de sorcier » (Baliguini, 2008).

comprendre les antécédents de l'implication de l'Afrique dans les circuits internationaux.

1.1.1. Le contexte politique

En Afrique, les structures politiques modernes trouvent leurs origines dans le colonialisme, à la fin des années 1960, appelée « décennie des indépendances ». En 1969, rapporte l'ONU, la grande majorité des pays africains qui, après les indépendances, ont adopté une forme de gouvernance démocratique ou une autre ont été bouleversées par la montée de dictatures militaires (Cameroun, Ghana, Kenya, Nigeria). D'autres pays, tels que l'Éthiopie, le Mozambique, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe, ont connu des conflits armés (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 1999).

Les années 1980 et 1990 ont vu se mettre en place, dans les pays en développement, un certain nombre de réformes économiques et politiques. Les premières, sous l'impulsion de la Banque Mondiale et du Fond Monétaire International, ont consisté principalement en une plus grande libéralisation de différents marchés et une plus grande ouverture commerciale. Les réformes d'ordre politique se sont traduites, pour ce qui est de l'Afrique sub-saharienne, par un processus de démocratisation avec l'introduction du multipartisme et la reconnaissance de certaines libertés (liberté d'expression, d'association) (Camara, 1999).

Le contexte de démocratisation, en ouvrant la compétition pour l'accès au pouvoir entre différentes composantes de l'élite (intellectuelle, économique, traditionnelle) et les processus de décentralisation qui lui sont liés constituent de nouvelles dynamiques pour la corruption et le développement d'une économie de la drogue pouvant aboutir à des « narco-Etat » à l'instar de la Guinée Bissau (Camara, 1999; Csete et Sanchez, 2013). « Narco-state is generally understood to be a state that is both economically dependent on the illicit drug economy and where government elites are complicit in the illicit drug trade » (Csete J. et Sanchez C., 2013).

1.1.2. Le contexte économique

Dans les années 1960 et 1970, lorsque les programmes de substitution aux importations et la surévaluation des monnaies étaient courants, des fortunes commerciales pouvaient se faire grâce à l'attribution de licences d'importation, au trafic de devises ou grâce à des connivences avec des hommes politiques (Ellis et MacGaffey, 1997).

Selon Camara, les privatisations et l'ouverture de secteurs, comme l'hôtellerie et l'immobilier, aux capitaux étrangers représentent des occasions de blanchiment de l'« argent sale », tandis que la liberté de circulation pour les biens et services offre aux trafiquants de drogue plus d'espace et de perspectives. « Cette dynamique est renforcée par la persistance d'un cycle économique récessif qui est de nature à transformer une bonne partie de l'économie informelle « non criminalisée » en économie de la drogue. La chute des revenus paysans, qui a résulté de la baisse des cours de matières premières, conjuguée, depuis les années 1990, à une libéralisation des prix des produits alimentaires a poussé les paysans à « diversifier » leur production par l'introduction de cultures illicites (cannabis notamment) » (Camara, 1999).

1.1.3. Au niveau sécuritaire

La situation de pauvreté qui prévaut dans la majorité des pays de l'Afrique de l'Ouest, poussant les États à orienter leurs efforts sur les questions de développement, d'éducation, de santé, crée en même temps une fragilité de ces pays. Ils sont des terrains favorables aux crises politiques, aux conflits et, dans cette partie du monde très marquée par des appartenances sociales (ethnique, religieuse, etc.), aux guerres civiles. L'essor du trafic de drogues, observe le West Africa Commission on Drugs (WACD), intervient alors que la région émerge d'une période de conflits politiques et, pour certains pays, de violence prolongée. Affaiblies et fragilisées, les institutions étatiques et les systèmes pénaux sont exposés au risque d'infiltration et de corruption par le crime organisé et sont vite dépassés par la rapidité d'adaptation des trafiquants (WACD, 2014).

Les trafics sont encouragés par des situations de guérillas où la drogue fait bon ménage avec les armes. La saisie de 60 kilos d'héroïne au Tchad en 1989, écrit Fottorino, jeta la

suspicion sur le proche entourage d'Hissène Habré. Les autorités tchadiennes accusèrent aussi plusieurs militaires français du dispositif Épervier de se livrer au trafic. Au Bénin, l'ancien marabout du Président, Mohammed Cissé, chef d'orchestre d'un réseau de stupéfiants, fut aussi soupçonné d'alimenter des filières terroristes. En peu de temps, la France a « lâché » Hissène Habré et Mathieu Kérékou devenus sans doute trop compromettants. La présence dans la capitale béninoise de 20 tonnes d'amphétamines illustre l'ampleur des transactions (Fottorino, 1991). Récemment au Mali, des attaques terroristes témoignent du lien qui existe entre le terrorisme et le trafic de drogues.

« Since the destabilisation of Mali linked to Al Qaeda in the Maghreb (AQIM) that led to the French military incursion in Mali in January 2013, mass media have been filled with stories about the proceeds of drug trafficking funding terrorism in West Africa. But attention to 'narco-terrorism', like 'narco-state' an often used but rarely defined term, by the U.S. and UNODC in West Africa predates the events in Mali » (Csete J. et Sanchez C., 2013).

1.2. De 1980 à 1990 : la décennie mouvementée

En Afrique de l'Ouest, l'implication précoce du Nigéria dans les circuits du trafic a été signalée depuis la fin des années 1970. Ce pays est décrit dans la littérature comme étant le pays « où tout commence » (Fottorino, 1991), qui a, très tôt, eu un rôle dans le trafic international suggéré dans les articles de presse ainsi que dans les procès-verbaux des poursuites judiciaires à l'encontre des trafiquants de drogues arrêtés en Europe et en Amérique du Nord (Ellis et MacGaffey, 1997). En 1979 et en 1989 par exemple, 15433 Nigériens ont été arrêtés à l'étranger pour trafic de stupéfiant et 4802 condamnés. En 1988, plus d'une demi-tonne d'héroïne « nigériane » a été saisie en Inde, en Afrique, en Europe et aux États Unis (Fottorino E., 1991). En 1999, le rapport intitulé *The drug nexus in Africa* des Nations Unies indique qu'« en Afrique de l'Ouest, le Nigéria a été, pendant plus de 10 ans, considéré comme un pays important en ce qui concerne le rôle que ses ressortissants jouent dans le trafic international de drogues » (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 1999).

Le Nigeria, écrivent Ellis et MacGaffey, a joué un rôle intermédiaire de première importance dans le commerce international de la drogue en achetant de la cocaïne et de

l'héroïne en Amérique latine ou en Asie du Sud-Est et en assurant leur transport jusqu'aux marchés de consommation du Nord (Ellis et MacGaffey, 1997). Des commerçants nigériens opérant soit seuls soit pour le compte de l'une des principales mafias de l'import-export achètent de l'héroïne et de la cocaïne à la source, les transportent au Nigeria puis les réexportent vers les marchés de consommation. Le Nigeria est également impliqué dans la production de matières premières agricoles pour la production d'héroïne et de cocaïne, notifiée par des agronomes qui ont constaté l'existence de cultures de pavot dans le nord-est du Nigeria (Cesoni, 1992). Très connus pour leur activité dans le croissant d'or (Pakistan, Inde, Afghanistan), les Nigériens se sont diversifiés vers le Triangle d'or (Thaïlande) (Fottorino E., 1991).

La description du Nigeria comme le pays de l'Afrique de l'Ouest « où tout commence » pose plusieurs problèmes sur l'histoire de la circulation des drogues en Afrique. D'abord, il est possible que d'autres pays, bien avant le Nigeria, se soient impliqués dans le trafic des drogues et parviennent à échapper à des poursuites judiciaires et donc, n'apparaissent pas sur les procès-verbaux et dans les articles de presse. Puis, on peut poser l'hypothèse que les personnes arrêtées et verbalisées aient voyagé avec de faux documents (passeport par exemple), et qu'ils ne soient pas d'origine nigérienne. Enfin, les pistes des trafics de drogues qui passent par plusieurs pays impliquent des collaborations et organisations en réseaux dans chaque État où transitent les produits. Eu égard à toutes ces considérations, la description du rôle joué par le Nigeria traduit moins une réalité irréfutable que l'état des données de la littérature sur les drogues en Afrique de l'Ouest.

La décennie 1980-90 est marquée par une implication massive de multiples pays africains dans des circuits plus ou moins structurés incluant un trafic de plusieurs types de produits (héroïne, cocaïne, médicaments, cannabis). Chaque année, depuis 1980, près de la moitié de l'héroïne saisie dans la CEE transite par l'Afrique. La cocaïne est entrée en scène en 1986, à la faveur de l'ouverture des lignes aériennes entre l'Amérique latine et le continent noir (Fottorino Eric, 1991 ; Cesoni, 1992) : il s'agirait surtout d'un trafic de transit qui serait contrôlé par les mêmes groupes qui gèrent le marché de l'héroïne (Cesoni, 1992). Mis à part l'île Maurice, longtemps décrite comme

consommatrice d'opium, où un trafic d'héroïne destiné à la France aurait été organisé, et la Tanzanie, les pays les plus impliqués dans ces activités se situeraient en Afrique de l'Ouest.

« En février 1988, écrit Césioni, lors de la première réunion des chefs des services nationaux de répression compétents en matière de drogue pour la région de l'Afrique, le représentant de la Côte-d'Ivoire affirme que, dans son pays, un trafic d'héroïne à destination de l'Europe se serait constitué déjà avant 1984. Il aurait été géré par des Nigériens et des Ghanéens, rejoints par des Ivoiriens à partir de 1986, date à laquelle il se serait doublé d'un trafic de cocaïne. Cela aurait été facilité par l'ouverture de la liaison aérienne Rio de Janeiro-Abidjan. Le représentant du Sénégal relate une collaboration croissante entre Sénégalais et étrangers pour l'organisation d'un trafic de stupéfiants ; en Gambie, un trafic d'héroïne à petite échelle a été découvert et, en Guinée, un trafic de transit ; le représentant congolais s'inquiète à cause d'une saisie de 400 g de cocaïne, destinée à la communauté libanaise » (Cesoni, 1992: 650).

À la fin de la décennie, d'autres groupes semblent s'organiser pour la gestion du trafic : les Ghanéens sont les premiers à suivre l'exemple des Nigériens, dont ils dépendaient au départ, pour instaurer ensuite un rapport de collaboration. Puis il y a les Gambiens et les Tanzaniens qui auraient organisé un trafic à plus petite échelle, destiné surtout aux pays de l'Europe du Nord. Viennent enfin les Maliens résidant en Afrique de l'Est qui seraient impliqués dans des trafics organisés à partir de ces pays (Cesoni, 1992).

La décennie 1980-90 est également marquée par la circulation de médicaments psychotropes et de cannabis pour lesquels l'Afrique est également un acteur dans le trafic mais aussi un marché de consommation. Selon Interpol, au début des années 1980, le continent africain commence à souffrir d'un trafic à grande échelle de médicaments psychotropes produits en Europe » et, à partir de 1982-1983, en Inde. Celui-ci s'organise à partir des détournements de médicaments des circuits légaux vers les marchés illégaux, par vol d'importantes quantités aux producteurs ou par production illicite : en effet, on constate l'émergence de quelques laboratoires clandestins de production dans les pays de l'Afrique Australe d'abord, de l'Afrique occidentale et centrale ensuite (Cesoni, 1992). En 1987, ont été saisies en Afrique 213 000 unités de stimulants, 16 millions d'unités de dépresseurs, 869 unités d'hallucinogènes autres que le LSD (au Botswana et en Guinée), 7 040 unités de LSD en Afrique du Sud (Fottorino, 1991).

Les médicaments psychotropes seraient importés par tonnes, soit avec des permis d'importation délivrés par les services compétents du pays importateur, soit avec des faux documents les qualifiant de substances inoffensives ou médicaments d'urgence. À cette époque-là, l'absence de laboratoires de contrôle de qualité et de soumission des médicaments à une autorisation de mise sur le marché, commune à plusieurs pays africains, rend difficile tout contrôle des substances importées. Des faux documents de voyage sont nécessaires pour les pays qui ont réduit leurs importations à la liste des médicaments essentiels établie par l'Organisation Mondiale de la Santé, ou qui n'importent pas officiellement certains produits. En Côte-d'Ivoire, par exemple, des barbituriques comme l'immenoctal ou le sécobarbital étaient disponibles, bien que le pays ne les importait pas³. Du sécobarbital contrefait, produit à échelle industrielle pour la vente en Afrique occidentale et centrale, serait disponible sur ces marchés. Les douanes constatent une multiplication de laboratoires de production clandestine de médicaments psychotropes en Europe, notamment en Belgique, en RFA, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (Césoni ML, 1992).

En ce qui concerne le cannabis, la littérature rapporte qu'il est, en termes de superficie et de volume, la drogue la plus produite en Afrique, qui pousse à l'état sauvage dans certains pays. Il est aussi cultivé par les populations rurales pour la consommation locale et l'exportation. Les principaux producteurs et exportateurs sur les marchés internationaux sont le Nigeria (zones agricoles méridionales), le Ghana et le Zaïre (actuel RDC), alors que le Sénégal et la Gambie joueraient un rôle important dans les marchés régionaux. Des trois pays indiqués dans le texte d'Interpol comme les principaux pourvoyeurs des marchés internationaux de cannabis, le Nigeria et le Zaïre ne figurent pas dans le tableau concernant les saisies effectuées et le Ghana n'est mentionné que pour une saisie de moins de 100 g en 1989. La baisse de disponibilité de cannabis d'origine nigériane sur les marchés internationaux, qui se serait produite entre

³ Le trafic illégal est relaté par Interpol, dans son rapport sur l'Afrique de 1988 à 1990. En Afrique de l'Ouest et centrale, il s'agit de millions de comprimés de stimulants comme : les amphétamines (dont le plus grand fournisseur est la Bulgarie), la pémoline (produite en Yougoslavie et envoyée via le Royaume-Uni, la Suisse et les Pays-Bas) ou l'éphédrine (produite en Allemagne de l'Ouest, au Royaume-Uni, en Tchécoslovaquie et dans certains pays asiatiques) ; et de dépresseurs du système nerveux central comme : le sécobarbital, le diazépam (valium), le flunitrazepam (rohypnol), de production française ou anglaise. (Césoni ML, 1992 : p.653)

1988 et 1990, à en juger par les saisies en Europe qui baissent de 80%, pousse la Police Internationale à émettre l'hypothèse d'une conversion des trafiquants à l'héroïne (Cesoni, 1992).

Selon Césioni, deux objections paraissent pertinentes ; d'abord, comme l'admettent les services des douanes, les variations des saisies selon les diverses années reflètent plus l'importance de quelques confiscations que la réalité des trafics. Ensuite, si l'on peut concevoir le recyclage des trafiquants dans une activité plus rémunératrice, il est difficile d'imaginer à quelle culture les producteurs se seraient reconvertis, celle du cannabis restant la plus rentable, en l'absence d'une production locale de pavot ou de coca. En effet, l'écart minimal entre le revenu moyen d'un paysan de la zone subsaharienne et le revenu d'un paysan producteur de cannabis a été évalué de 1 à 10 en 1989. De plus, le cannabis demanderait, pour une égale production, un quart du temps de travail et un cinquième du terrain nécessaires pour la moyenne des autres cultures. Une hypothèse différente est envisageable, à partir du constat que les saisies de dérivés de cannabis, rapportées par le Conseil de Coopération Douanière, concernent toutes la marijuana et non le haschisch et seraient en hausse au Nigeria et au Ghana. Il est donc possible que la production locale soit consommée sous forme d'herbe sur les marchés locaux : les trafiquants ne se seraient alors pas reconvertis, mais ils auraient modifié leurs stratégies commerciales (Cesoni, 1992).

1.3. De 1990 à nos jours

À partir des années 1990, le rôle que la littérature attribue à l'Afrique de l'Ouest dans le trafic des drogues devient de plus en plus important, impliquant plus de pays et beaucoup de types de drogues en transit. Dans son rapport de 1990, l'organe des Nations Unies pour le contrôle des stupéfiants, l'Office International Contre les Stupéfiants (OICS), témoigne de l'aggravation récente du trafic de la cocaïne en Afrique, suite à l'établissement de liaisons aériennes commerciales entre l'Amérique du Sud et certains pays d'Afrique, tels l'Angola, la Côte-d'Ivoire, le Mozambique et le Nigeria (Fottorino E, 1991). De plus, selon la Commission des Stupéfiants, en 1990, la prédominance des

Nigériens aurait fléchi au bénéfice d'autres nationalités, pour la plupart de l'Afrique de l'Ouest (Cesoni, 1992).

Les tableaux suivants donnent une illustration chiffrée des saisies de cannabis, d'héroïne et de cocaïne au cours de la décennie 1990.

Tableau 1 : saisi de cannabis de 1994 à 1996 (en kilogramme)

	1994	1995	1996
Cameroon	491	9.7	581.9
Côte d'Ivoire	634	536	1 483
Ethiopia	668	312	2
Ghana	28	209 506	903
Mozambique	-	-	-
Kenya	4 146	2548	8 238
Nigeria	19 733	15 258	18 604
Senegal	1 392	79 775	212
South Africa	268 652	238 813	203 354
Zimbabwe	1 086	3 935	2 429
Africa (Total)	355 000	643 600	321 300
World	2 200 000	3 000 000	2 500 000

Source : (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 1999)

Tableau 2 : Saisi d'héroïne de 1994 à 1996 (en kilogramme)

	1994	1995	1996
Cameroon	-	-	-
Côte d'Ivoire	-	5.4	4.5
Ethiopia	10	4	27
Ghana	0.1	6	0.4
Mozambique	-	-	-
Kenya	23 – 33	29	15
Nigeria	91	30	19
Senegal	78	15	0.3
South Africa	25	6	0.8
Zimbabwe	7	0.3	-
Africa (Total)	348	320	169
World	29 000	31 000	28 000

Source : (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 1999)

Tableau 3 : saisies de cocaïne de 1994 à 1996 (en kilogramme)

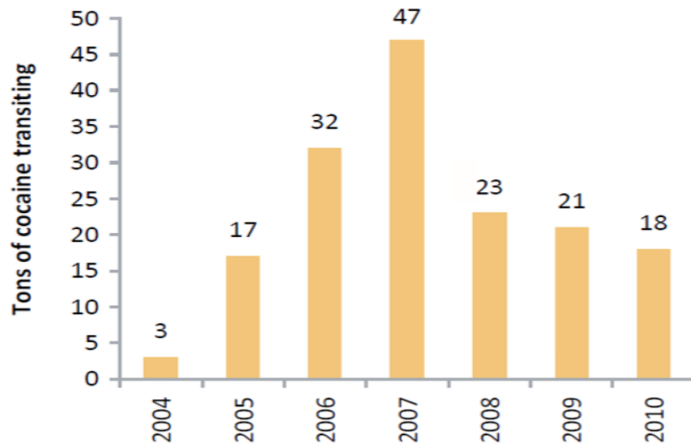
	1994	1995	1996
Cameroon	-	0.2	-
Côte d'Ivoire	0.1	2.9	33
Ethiopia	-	-	-
Ghana	7	18	0.8
Mozambique	-	-	-
Kenya	0.1	0.4	3.4
Nigeria	91	16	6
Senegal	12	2	2
South Africa	69	187	106
Zimbabwe	4	0.1	1
Africa (Total)	192	256	386
World	319 000	289 000	316 000

Source : (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 1999)

Au début des années 2000, la situation socio-politique et sanitaire ne s'est guère améliorée dans bon nombre de pays d'Afrique. « Les troubles civils et les guerres, la pauvreté, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/syndrome d'immunodéficience acquise (sida), la criminalité et la corruption dans certains pays sont en relation étroite avec le problème du contrôle des drogues » (OICS, 2000). L'Afrique de l'Ouest a connu une augmentation de la fabrication et du trafic de méthamphétamine, tandis qu'une hausse apparente du trafic de drogues en provenance et à destination du Libéria a suscité des inquiétudes en matière de sécurité nationale (OICS, 2014 : 44). L'augmentation du trafic de cocaïne relevée dans le rapport de l'OICS en 2006 montre « les faibles capacités locales d'interception » des pays en Afrique (OICS, 2006 : 38).

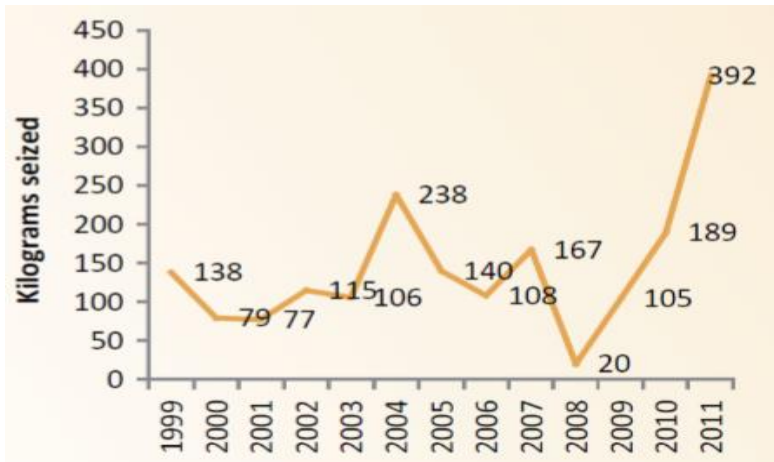
Le rapport de l'INL (International Narcotics and Law Enforcement Affairs) de 2005, montre que certains pays comme le Bénin, le Ghana, le Nigéria et le Togo font face à un important trafic de cocaïne sud-américaine à travers leurs frontières. Le rapport note également que les réseaux de l'Afrique de l'Ouest ont dominé le marché de la cocaïne en Afrique du Sud (INL, 2005). Vers la fin des années 2000, les pays de l'Afrique de l'Ouest ont été utilisés par les trafiquants de drogues comme zones de transbordement de grandes quantités de cocaïne estimées à environ 300 tonnes en 2007 et qui a atteint un niveau record en 2008 et 2009 (Wyler et Cook, 2009 ; OICS, 2010).

Figure 1 : transit de cocaïne pure de l’Afrique de l’Ouest vers l’Europe (en tonne)



Source : UNODC, 2013

Figure 2 : saisies d’héroïne en Afrique de l’Ouest (en kilogramme)

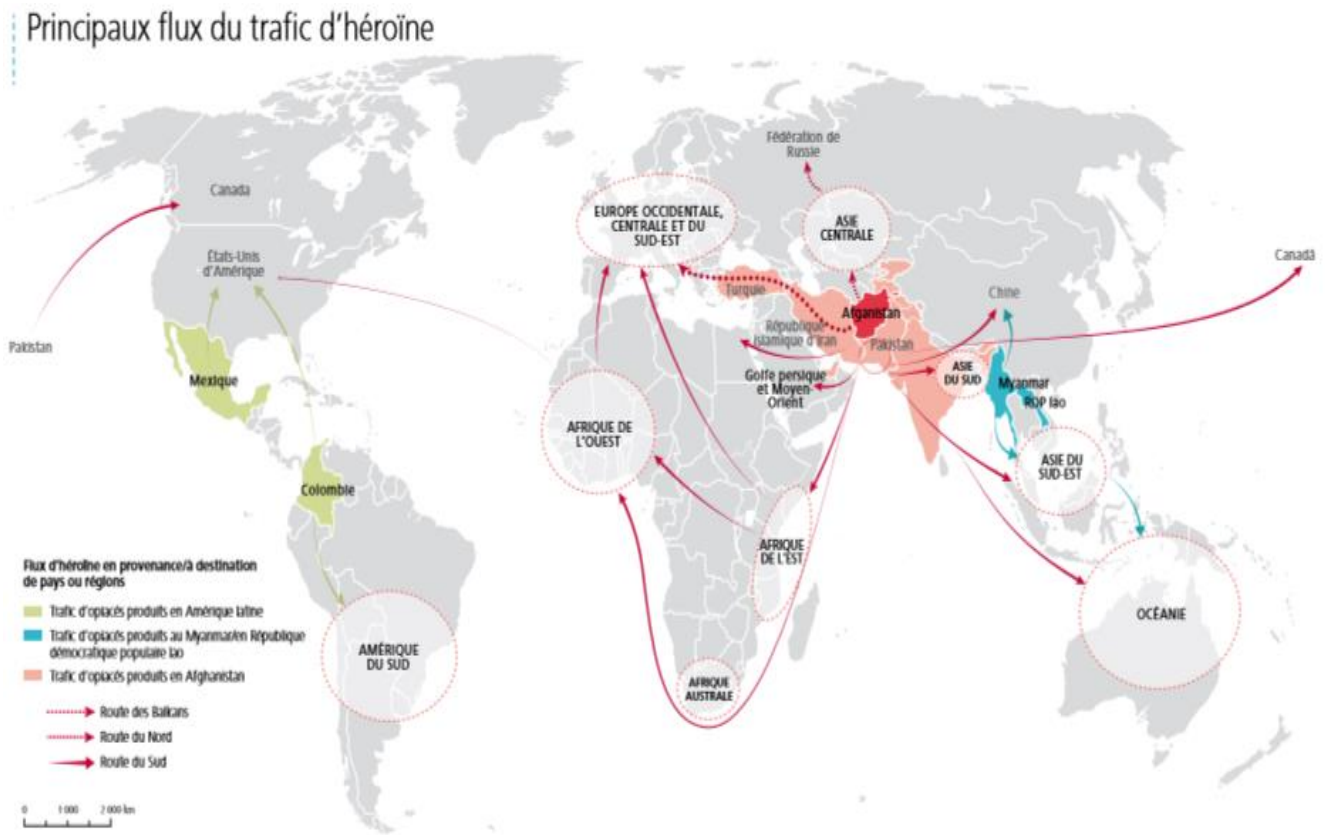


Source : UNODC, 2013

Dans cette même décennie, « La quantité totale d’héroïne saisie en Afrique a augmenté, passant de 311 kg en 2008, à 695 kg (soit 7% des saisies mondiales de cette substance) en 2010. Les saisies les plus importantes ont eu lieu en Afrique de l’Est (245 kg), en Afrique du Nord (239 kg) et en Afrique de l’Ouest et du centre (201 kg) » (OICS, 2015). En 2008, la présentation des profils des pays dans le rapport annuel de l’INL rajoute la Guinée, et l’année suivante, la Guinée Bissau. Elle note un important trafic de cocaïne dans le passé et l’influence permanent de l’argent du trafic de drogues sur le

gouvernement de la Guinée Bissau⁴ ; ce qui a justifié l'appellation de « narco-État⁵ » (INL, 2008 et 2009). En 2011, l'OICS estime que le trafic de cocaïne dans la sous-région rapporte chaque année 900 millions de dollars aux réseaux criminels (OICS, 2012 : 53).

Figure 3 : Place de l'Afrique de l'Ouest dans les principaux flux du trafic d'héroïne

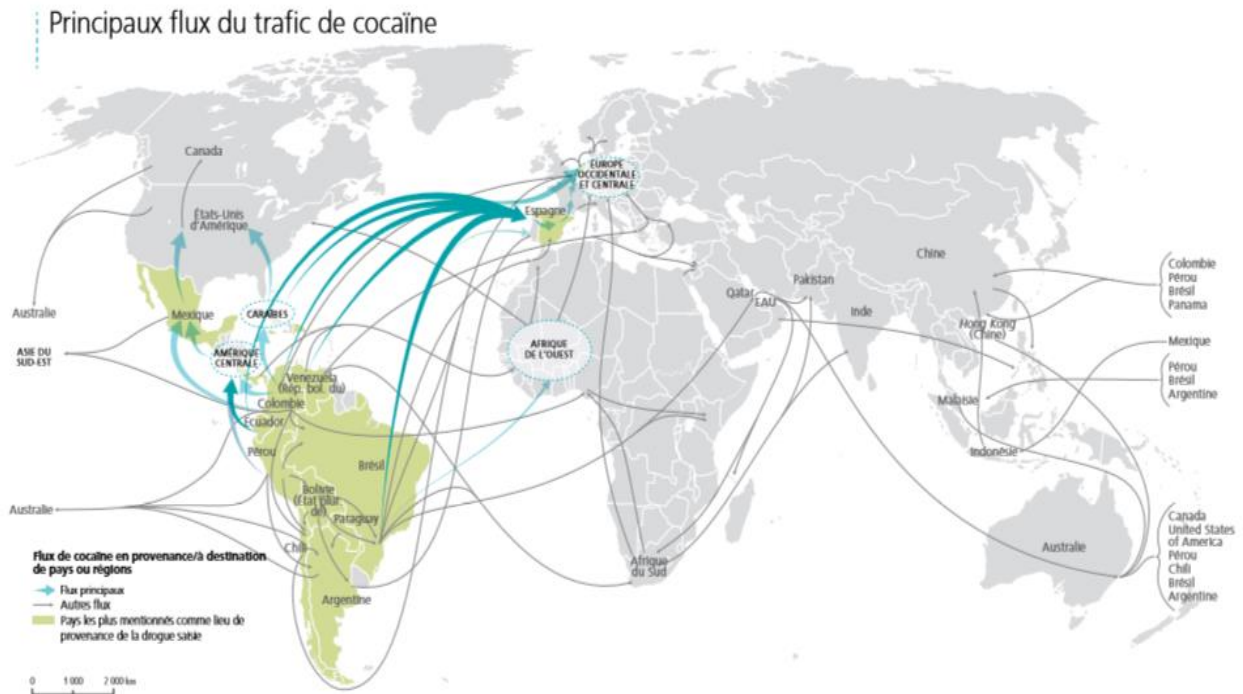


Source : UNODC, 2016

⁴ « En Guinée-Bissau, le meilleur allié des trafiquants est la quasi-absence d'État. Il y a bien des policiers et des gendarmes, mais la plupart ne sont pas formés et sont mal payés ou corrompus. Ceux, rares, qui se sont lancés, tant bien que mal, dans la lutte contre la drogue travaillent avec très peu de moyens et craignent pour leur vie » (Christophe Champin, 2011).

⁵ Le terme de « Narco-État » est apparu dans le rapport INL de 2009 (p. 292 and p. 295).

Figure 4 : place de l’Afrique de l’Ouest dans les principaux flux du trafic de cocaïne



Source : UNODC, 2016

Devenue une nouvelle plaque tournante du trafic international dans un monde de plus en plus interdépendant, l’Afrique de l’Ouest, observe le WACD en 2014, s’est érigée au rang de destination de choix pour le crime transnational organisé.

Drug trafficking in Africa may also facilitate collaboration or other synergies between drug trafficking organizations and the activities or interests (...) These may include non-drug-related transnational organized crime networks and (like) the Revolutionary Armed Forces of Colombia (FARC), and Hezbollah. Both of these groups are reportedly involved in drug trafficking and money laundering in regions other than Africa, and Hezbollah supporters are reportedly common among West Africa’s Lebanese commercial diaspora. These or similar entities, potentially including Al Qaeda in the Islamic Maghreb (AQIM), could earn money directly from participation in the African drug trade. Such entities could also derive indirect benefits from the African drug trade (Wyler et Cook, 2009 : 4)

Des réseaux de crimes organisés collaborent avec des partenaires locaux en Afrique de l’Ouest qui est devenue une importante zone de transit dans l’acheminement des drogues illicites produites en Amérique du Sud et en Asie en direction de l’Europe.

L'Afrique de l'Ouest est désormais productrice et exportatrice de drogues de synthèse telles que les stimulants de type amphétamine⁶ (STA) (WACD, 2014; UNODC, 2016).

1.4. La consommation de drogues en Afrique

C'est vers les années 1950 que le mythe d'une consommation traditionnelle bien codifiée des drogues tombe laissant place à un usage de plus en plus généralisé avec le recours à de nouveaux types de produits. La consommation de cannabis est attestée chez les jeunes au Ghana dans les années 1950 et 1960. Le nom *bhanga* (dérivé de hindi), utilisé par les fumeurs de marijuana au Ghana, suggère sa provenance sud-asiatique (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 1999). En 1977, la consommation de médicaments psychotropes gagne les étudiants et les paysans, qui utilisent les amphétamines pour mieux supporter la fatigue. Vers les années 1980, un glissement de l'usage des produits traditionnels à la consommation de produits industriels, aussi bien d'origines locales qu'importées, s'opère (Cesoni, 1992).

Les débuts de la consommation des drogues de synthèse en Afrique de l'Ouest sont datés des années 1980, « alors que l'offre d'opium, dont est dérivée l'héroïne, dépassait la demande dans les pays occidentaux. Les trafiquants entreprirent d'écouler leurs surplus dans leur propre pays. Cela mit fin à la saturation des marchés et favorisa la création de zones de demande intenses » (Fottorino, 1991 : 12). Les trafiquants en quête de nouveaux marchés illicites où écouler la cocaïne et l'héroïne, rapporte l'OICS, ciblent la classe moyenne qui se développe dans certains pays africains, transformant ainsi des pays longtemps réputés dans le trafic en zone de consommation (OICS, 2015).

Jusqu'en 1985, rapporte Césoni, les « drogues dures » étaient pratiquement inconnues en Afrique, sauf au Nigeria, où un groupe limité de consommateurs aurait utilisé l'héroïne et la cocaïne. Entre 1987 et 1991, les « drogues dures » sont apparues dans d'autres pays, comme le Burkina Faso (héroïne), la Côte-d'Ivoire (héroïne et cocaïne) et le Tchad

⁶ « Les services antidrogues nigériens ont annoncé, le 22 février 2012, le démantèlement d'un laboratoire de fabrication de méthamphétamines et l'arrestation de 4 personnes, dont des latino-américains. C'est la deuxième opération du genre en moins d'un an » (Christophe Champin, 2012).

(héroïne). Un accroissement de l'abus de médicaments psychotropes a été aussi constaté dans les mêmes pays (Cesoni, 1992). Le Nigeria est aussi l'un des premiers, voire le premier pays d'Afrique subsaharienne à connaître des problèmes liés à la consommation d'héroïne et de cocaïne⁷ (Cesoni, 1992). « Sur Allen Avenue, rebaptisée cocaïne avenue, les stupéfiants commencent leur ronde de nuit, sous la scelles de bicyclettes, dans de confortables Mercedes, aux fonds de la poche des dealers, on sniffe de la coke pour 60 Naira (3000 francs CFA). Un gramme vaut entre 200 et 300 nairas. Il faut savoir profiter des prix, 10 à 20 fois moins élevé que sur le macadam new-yorkais » (Fottorino, 1991).

A series of WHO-supported rapid assessments in eight Nigerian cities from 2000 to 2005 identified 1147 people who use drugs, of which 8% said they currently injected and 13% said they formerly injected drugs (Adelekan et Lawal, 2006).

Des stimulants de type amphétamine sont connus et utilisés dans la plupart des pays observés, y compris la Côte d'Ivoire et le Nigeria. Selon une étude du PNUCID, les détournements d'amphétamines ont diminué dans les années 1990 mais les stimulants de type amphétamine font toujours partie des trois ou quatre substances les plus maltraités en Côte d'Ivoire, au Ghana et au Sénégal. L'Ecstasy, un nouveau type de drogue est entré au Mozambique, au Nigeria, en Afrique du Sud et au Zimbabwe dans les années 1990. Le LSD est connu et utilisé au Nigeria et plus largement, en Afrique du Sud, où il est également fabriqué. Au Ghana et Nigeria, la transformation de la cocaïne base en crack se fait grâce à l'usage de techniques de «cuisine» simples (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 1999).

En 2006, l'OICS rapportait que dans la plupart des pays d'Afrique l'abus de drogues semble être en hausse, l'âge de l'initiation à la drogue baisse et le nombre de femmes et d'enfants qui prennent de la drogue augmente. Le mode d'administration, poursuit l'OICS, évolue également, la tendance la plus nette étant l'usage par injection d'héroïne (OICS 2006). En 2009, sur les 375 tonnes estimées d'héroïne pure consommées dans le

⁷ Au Nigéria, les substances dont l'usage était le plus répandu étaient, dans la période 1960-1980, le cannabis, les amphétamines et les tranquillisants. Cependant, lorsqu'il était mentionné dans les enquêtes, l'alcool occupait la place la plus importante (Césioni, 1992)

monde, entre 40 à 45 tonnes seraient arrivés sur le continent africain. Environ 34 tonnes seraient consommées sur place, le reste repartant vers l'Europe, la Chine et l'Australie (Champin, 2012). L'UNODC estimait, dans la même année, à plus de 1,7 millions le nombre de consommateurs en Afrique (Afrique subsaharienne et Afrique du Nord), dont plus de 500 000 en Afrique de l'Est et près de 800 000 en Afrique de l'Ouest et du Centre. Parmi les pays réputés importants consommateurs, on compte le Kenya, l'île Maurice et l'Afrique du Sud (Champin, 2012).

En 2008, on estimait à 1,78 millions le nombre d'utilisateurs de drogues par voie intraveineuse en Afrique sub-saharienne avec une prévalence entre 3,8 et 12,5% selon le pays. Dans son rapport mondial sur les drogues de 2012, l'ONUDC alertait sur l'augmentation inquiétante de l'usage de cocaïne en Afrique de l'Ouest (WACD, 2014), en comparaison à la moyenne mondiale (MDM, 2014). L'INL remarque que la consommation de toutes les drogues illicites est en augmentation au Ghana et que l'usage de cocaïne et d'héroïne a augmenté au Nigéria en 2012 (INL, 2013). En 2013, le rapport mondial sur les drogues de l'ONUDC observait que :

« The availability of cocaine in West Africa...may also have fuelled an increase in cocaine use in West and North Africa; over the period 2009– 2011, Algeria, Burkina Faso, Côte d'Ivoire and Morocco each reported increases in cocaine use based on expert perceptions, and the latest changes reported by Ghana and Togo (relative to 2008) also indicated rising cocaine use » (UNODC, 2013)

En l'absence de données objectives sur le niveau de consommation des drogues en Afrique, les chiffres approximatifs rapportés par certaines institutions posent plusieurs problèmes. Les chiffres ne traduisent pas la vraie réalité sur le taux de consommation dans les pays africains et n'identifient pas les catégories les plus concernées. Ils posent aussi les problèmes de la méthodologie de collecte des données qui servent de base aux statistiques évoquées. De fait, les chiffres peuvent enfin être source de frustration pour les institutions locales responsables de la lutte contre le trafic et la consommation comme ce fut le cas, en 2011, au Nigéria.

« When the World Drug Report 2011 was launched and Nigeria had among the highest estimated prevalence of use of all drugs in Africa, the director of the Nigerian National Drug Law Enforcement Agency remarked that the estimates

did not come through a scientist survey and thus should be taken with a grain of salt » (Dele, 2011).

Ces différents problèmes évoqués témoignent d'une absence de recherches locales sur les questions de drogues et, en termes d'infrastructures, d'une inexistence d'observatoires sur les drogues. C'est ainsi que les différentes politiques mises en œuvre dans les pays africains sont copiées à partir de celles occidentales sans objectivation de la réalité sur la consommation et le trafic des drogues.

1.5. Politiques de lutte et de contrôle des drogues

En Afrique, depuis plusieurs années, les initiatives internationales en matière de contrôle des stupéfiants relèvent d'une approche prohibitionniste, recherchant l'élimination totale des drogues à usage récréatif. La Convention Unique sur les Stupéfiants de 1961, rapporte le WACD, a établi un mécanisme de coordination du contrôle international des stupéfiants. Elle a également établi des contrôles stricts pour la culture du pavot à opium, du cocaïer (utilisé pour produire la cocaïne) et du cannabis, et pour les produits qui en sont dérivés, décrits sous le nom de « stupéfiants ». Les parties prenantes à la Convention de 1961 se sont engagées à limiter la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'usage et la détention de ces substances, sauf à des fins médicales et scientifiques, les quantités réservées à cet effet relevant de la responsabilité du gouvernement. La « guerre contre la drogue » déclarée par le Président Richard Nixon en 1971 est décrite comme la conséquence de cette approche prohibitionniste. L'imposition de régimes de peines applicables à tous les usagers et revendeurs de drogues et le recours à des agents des services de sécurité de l'État pour détruire les cultures de plantes servant à la fabrication de stupéfiants dans les pays producteurs n'ont pas permis d'empêcher la présence de ces drogues (WACD, 2014).

À partir de 1984, l'Organisation des Nations Unies a considéré que l'élimination du trafic illicite des drogues exige une attention toute particulière de la communauté internationale. Elle a élaboré en 1988 une troisième convention exclusivement

répressive contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes. Cette convention impose aux États la répression de tout acte de trafic illicite de drogue, et de toute opération de blanchiment de l'argent de la drogue. Elle oblige les États à placer sous contrôle les substances nécessaires pour la fabrication des drogues et à coopérer pour lutter contre le trafic illicite (WACD, 2014). Dans certains pays africains, une gamme de groupes ethniques est impliquée dans des activités illicites de drogues. La stigmatisation liée à la participation à ces activités est telle que, si le pouvoir est associé aux mêmes groupes, il y a le risque qu'aucune action significative ne soit prise. La relation étroite entre les élites politiques et ceux qui sont directement impliqués dans des activités illicites de drogues, due à une association ethnique ou régionale, peut contribuer à une application sélective des contrôles juridiques visant à minimiser le problème des drogues illicites (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 1999).

Exprimant sa préoccupation face aux menaces croissantes que font planer le trafic et la consommation de drogues en Afrique de l'Ouest, Kofi Annan, ancien Secrétaire Général des Nations Unies, a fait instituer la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues en janvier 2013. Celle-ci poursuit les objectifs de sensibilisation de l'opinion publique aux défis posés par le trafic de drogues et suscite l'engagement politique pour l'élaboration des recommandations fondées sur des données probantes. La Commission poursuit également l'objectif de promouvoir les capacités régionales et locales afin de favoriser la prise en charge de ces défis par les autorités et populations locales (WACD, 2014).

Parmi les autres mécanismes de lutte contre le trafic de drogues, il y a la stratégie anti-terroriste de la CEDEAO et le plan de mise en œuvre adoptés en février 2013, ainsi que la stratégie maritime intégrée, finalisée en novembre 2013. Le Plan d'action de l'Union Africaine pour la lutte contre la drogue (2013-2017) adopté en janvier 2013 encourage les membres de l'UA à garantir des politiques de lutte contre la drogue qui tiennent compte de l'importance des droits humains et de la santé publique (WACD, 2014).

CHAPITRE 2

POUR UNE SOCIO-HISTOIRE DES DROGUES AU SÉNÉGAL

Introduction

Une grande variété de substances psychoactives, produites à partir de plantes douées de pouvoirs stupéfiants ou sédatifs, a été utilisée traditionnellement au Sénégal, à des fins rituelles, médicinales ou sociales. Leur usage individuel ou collectif était bien codifié et se faisait lors des circonstances précises telles que les cérémonies religieuses ou familiales (baptême, funérailles, circoncision, fêtes populaires) ou lors des rites thérapeutiques. Les noix de kola et le datura sont cités comme les produits traditionnels dont la consommation s'était banalisée (Cesoni, 1992 ; Gueye et Omais, 1983).

En milieu sérère comme en milieu wolof, des boissons provenant de la fermentation du mil sont consommées. Dans les régions sud, plus forestières, les boissons alcooliques proviennent de la fermentation spontanée de la sève du rônier ou de la sève de tige du régime du palmier à huile appelé *bunuk* en Diola. Les Bassari utilisent le décocté en bourgeons du dattier nain du Sénégal en bains ou en boisson comme revigorant ou pour prévenir la fatigue. Les Bambara utilisent une forme de vin de palme, la *bagi* ou *banji* tiré du raphia (ronier) (Gueye et Omais, 1983).

La consommation d'alcool a été ritualisée dans la société wolof lors de certaines cérémonies comme le baptême d'un nouveau-né. Cette journée de fête, comme l'écrit Ndiaye, était une occasion, pour une femme qui venait d'être grand-mère, d'inviter les membres de son groupe d'âge à immortaliser l'événement. C'est ainsi que, vers 17 heures, les « mamies » (femmes de la génération de la grand-mère du nouveau-né) se regroupent dans le cours, et commencent à scander une chanson ponctuée d'éloges. À travers cette chanson, les dames demandaient à la nouvelle grand-mère de leur préparer du « xaalumbaan », boisson alcoolisée, qu'elles pourraient boire afin de vivre les « délices » du « paradis satanique ». La chanson est dirigée par une seule femme âgée, mais les autres répliquaient en accompagnant avec leurs voix et des pas de danse (Ndiaye, 2007; 2014).

Dans le Cayor, très pénétré par l'islam à l'époque, les guerriers et conquérants buvaient une grande quantité de bière de mil pendant les guerres ou à la veille des combats. Chez les sérères du Sine, une grande cérémonie annuelle réunissait, à l'approche de l'hivernage, les plus grands guérisseurs et « voyants » de la région¹ : les *saltigi*. Il fallait prédire, avec le plus de précision, les grands événements devant marquer la saison à venir, mais également indiquer les mesures à prendre pour prévenir certaines catastrophes. Les *saltigi* doivent se concentrer longuement et arriver à un « état second » ; pour cela, ils absorbent à cette occasion une grande quantité de bière de mil (Gueye M. et Omais M., 1983).

La littérature rapporte que l'usage de drogues au Sénégal a toujours eu des fonctions spécifiques avec des indications sur les individus et sur les moments pour en consommer. Les produits utilisés dépendent de chaque groupe social avec parfois un usage généralisé de certains produits comme la sève de rônier fermentée. La littérature disponible ne rapporte pas, dans le cadre de l'usage dit « traditionnel », des pratiques déviantes ou de mésusage des produits mais cela ne signifie pas qu'il n'en existait pas. Le chapitre tentera de décrire l'évolution, au fil des années, des pratiques de consommation incluant les produits utilisés, les modes de consommation et les catégories d'individu concernées.

2.1. Le trafic de drogues au Sénégal

L'implication du Sénégal dans le trafic international a été signalée depuis les années 80 pour plusieurs raisons.

Senegal is the mainland sub-Saharan African country closest to both the Latin American producer regions and North American consumer markets. Because of its geographical location and a relatively developed transport infrastructure, Senegal is another key transit country in west Africa. Between 1993 and 1997, more than 30 tons of hashish and 5 tons of cocaine passing through Dakar were seized or detected worldwide. According to OGD, in 1997, the trafficking route most often used in Senegal was the Bogota-Caracas-Lisbon-Dakar-Paris route. It reports that, while heroin had until recently been trafficked along the Bombay-Addis Ababa-Dakar route, that route had expanded to include Cape

¹ Ces séances de divination existe aussi chez les Lebu, les *Joola*, les *Mandinka*, les *Serer Cangin* (Faye, 2010 : 171)

Verde (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 1999: 32).

Le rôle joué par le Sénégal dans les circuits de trafic de drogues est d'abord lié à sa position géographique mais aussi, comme le suggère l'INL, au développement de ses infrastructures de transport.

« Senegal's location on Africa's west coast and the country's established transportation infrastructure make it an enticing transit point for drug traffickers moving narcotics from South America to Europe. Cocaine is trafficked into Senegal by land and sea from neighboring countries, namely Guinea-Bissau and Guinea, and then on to Europe by sea and air. Cannabis is cultivated in the southern Casamance region for local use and regional trafficking. The United States is not a destination point for drugs cultivated in or trafficked through Senegal (INL, 2013)

Cette description du Sénégal comme zone de transit cache la réalité du trafic local qui, à partir des années 1980, a été évoqué dans la littérature. En 1988, un sachet de 10 grammes d'héroïne se négociait à 80.000 francs et le gramme au détail valait entre 10 et 20 000 francs. En 1988, le gramme de cocaïne vaut entre 35 et 50000 francs mais les prix ont baissé progressivement : 25000 en 1990, puis autour de 20000 francs en 1991. La poudre est sniffée telle quelle mais, le plus souvent, elle est transformée en crack. Avec un gramme de « coke » et un minimum de savoir-faire, il est possible de fabriquer une dizaine de « cailloux », qui sont vendus 5 000 francs pièce en 1991 (Werner, 1992).

Avec la diffusion de ces nouvelles drogues qui génèrent rapidement une dépendance, rapporte Werner, les dealers s'enrichissent. Ils se font payer en liquide mais acceptent aussi des marchandises volées ; ce qui est un indice de l'apparition d'une délinquance liée à l'usage de ces drogues. La violence augmente dans un milieu où des sommes considérables sont en circulation. En contrepartie, la répression s'accroît sur les dealers de Grand-Dakar avec pour effet notamment leur essaimage dans les quartiers périphériques de Pikine ou de Guédiawaye et l'extension de la consommation à la population locale. L'introduction de l'héroïne et de la cocaïne est en train de modifier la situation dans le sens d'une augmentation de la petite délinquance liée à la consommation et de l'apparition de formes de violence liées à l'importance des enjeux financiers et au durcissement de la répression policière (Werner, 1992).

Avec un gramme de cocaïne, un dealer à la recherche d'un profit plus important est en mesure de fabriquer, sur un réchaud de cuisine, une dizaine de « cailloux » qui seront revendus 5000 FCFA la pièce, puis fumés dans des pipes artisanales (Werner JF, 1993). Dans les années 1990, ce sont des dealers nigériens qui contrôlaient l'approvisionnement en héroïne du marché dakarois. Il s'agit d'une héroïne de couleur brune « brown-sugar » en provenance du Pakistan et de l'Inde, ou blanche en provenance de la Thaïlande (Werner, 1992).

Dans les années 2000, Ndione décrit que le deal de l'héroïne et de la cocaïne se passe dans toute la région de Dakar. La cocaïne, poursuit-il, vient sous forme de briques, elles sont ensuite coupées pour être revendues. La cocaïne est mélangée avec d'autres produits, elle est plus chère que l'héroïne et le chanvre indien. La plus petite dose se vend à 15000 Francs en 2005 (Ndione MS, 2005). Le CILD observe, durant cette même période, que les dealers revêtent le manteau d'imam ou de muezzin de mosquée et utilisent les lieux de culte pour écouler la drogue. Beaucoup de mendiants qui squattent les grandes artères de la ville sont identifiés comme des dealers. Il s'y ajoute que, pour davantage « accrocher » les usagers, on procède aux mélanges des cannabis avec la drogue dure. Dans la périphérie dakaroise, des trafiquants distillent leurs propres produits psychoactifs dérivés de substances dites illicites (CILD, 2003).

2.2. Des types de drogues multiples en circulation

En 1991, le rapport « The drug nexus in Africa » montrait la part occupée par le cannabis dans le trafic de drogues à Dakar. « Cannabis is the main drug of abuse in Senegal, though heroin and cocaine abuse are increasing rapidly particularly in Dakar among the middle class and unemployed » (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 1999). Au début des années 2000, une enquête du CILD décrit plusieurs types de produits médicamenteux utilisés au Sénégal. Il s'agit des sédatifs de première intention en raison de leur moindre toxicité comparée aux barbituriques : le diazépam (Valium), l'oxazépam (Seresta), le lorazépam (Témesta) et le clonazépam (Rivotril). Il en est de même du flunitrazépam (Rohypnol) appelé *Roche* dans les milieux toxicomanes où il est fort prisé

par les héroïnomanes (CILD, 2003).

En 2005, lors de ses enquêtes de terrain, Ndione décrit les types de drogues utilisées par ses interviewés parmi lesquelles l'héroïne, la cocaïne, le chanvre indien. L'héroïne, poursuit-il, se présente sous forme de poudre qui se trouve dans une sorte de capsule. Elle est sniffée et se vend dans les quartiers tels que Grand Dakar, Pikine, Thiaroye, etc. Son coût varie entre 2 500 et 15 000 francs, la différence se trouve au niveau de la qualité et de la quantité. La dose de 2 500 francs ne donne qu'un flash de cinq minutes tandis que celle de 10.000 ou de 15.000 francs peut être consommée en plusieurs prises. Elle est disponible dans des endroits chics tels les bars, les discothèques ou boîtes de nuit. L'héroïne est un produit qui vient brut, c'est une fois arrivée à destination qu'elle est traitée et mélangée avec une poudre. Le coût est fonction alors de sa pureté (la qualité) et de sa gamme (Ndione MS, 2005).

2.2.1. Le *yamba*, produit principal au Sénégal ?

Le Sénégal a la particularité d'être un pays à la fois producteur, exportateur et importateur de chanvre indien. Chronologiquement, selon Werner, on peut estimer que la consommation de chanvre est devenue un phénomène sociologique à partir de 1968 avec l'apparition de la mode dite « rasta » dans les années qui ont suivi. En effet, contrairement à la croyance répandue concernant le caractère traditionnel de l'usage du chanvre indien au Sénégal, cette plante n'y serait pas spontanée (Kerharo, 1974) même si, dans l'état actuel des connaissances, il est impossible de savoir avec certitude quand elle y a été introduite (Werner, 1992). Il semble que le chanvre ait été employé depuis longtemps en Casamance, notamment par les femmes. Un indice en faveur d'une introduction initiale en Casamance est à rechercher dans l'étymologie du terme « *yamba* » (communément utilisé pour désigner le chanvre indien) qui dériverait de l'appellation brésilienne « *djamba* » (Kerharo, 1974 ; Werner JF, 1992).

Depuis le début des années 80, le marché dakarois est approvisionné en *niakoye* et en *lops* (ou « *lopito* »). Le *niakoye* est cultivé en Gambie et en Casamance, acheminé par voie terrestre ou maritime jusqu'à Dakar où il était vendu entre 10 et 20 000 francs le kilo en 1988. Il est concurrencé par le *lops* en provenance du Ghana ou du Nigéria, qui parvient à

Dakar après avoir transité par la Gambie. Dans les années 1990, malgré son prix élevé (entre 60 000 et 80 000 francs le kilo en 1988), la plupart des usagers préférèrent se procurer du *lops* s'ils en ont les moyens. Enfin, note Werner, le marché dakarois est aussi investi, depuis les années 1990, de nouvelles variétés cultivées en Gambie et en Casamance, comme le « sansemilla » qui seraient des hybrides entre des plantes de *lops* et de *niakoye* (Werner, 1991).

Le trafic de *yamba* est rapporté comme ayant joué un rôle fondamental dans les mouvements de rébellion en Casamance. Dans son ouvrage *la drogue, l'argent et les armes* (1991), Labrousse, responsable de l'Observatoire géopolitique des drogues, écrit :

« Au Sénégal, en Casamance, la drogue pourrait jouer un rôle dans un conflit armé. Déjà en 1987, la police a détruit 12 tonnes de « yamba » (marijuana) dans le village de Ndombor Dir, près de la frontière de la Gambie. Au printemps de 1990, est apparue la rébellion des forces démocratiques de Casamance (MFCD) qui luttent pour l'indépendance de la région. Le gouvernement (du Sénégal) accuse ce mouvement d'être aidé par la Mauritanie et de se financer grâce à l'argent du *yamba*. Il est probable que si cette situation économique continue à se dégrader, la production et le trafic se développeront en Afrique » (Fottorino, 1991 : 44).

D'après un correspondant de l'Observatoire Géopolitique des Drogues en Basse-Casamance, les revenus du cannabis, qui alimentent les séparatistes en armes modernes, grenades et Kalashnikov, intriguent les forces officielles sénégalaises. « Des militaires chargés de réprimer la guérilla auraient torturé des séparatistes pour obtenir des renseignements précis sur les lieux de production et les réseaux de commercialisation de la drogue afin de les exploiter à leur profit », indiquait la dépêche internationale des drogues dans son premier numéro de juin 1991 (Fottorino, 1991).

Le développement du trafic local de cannabis est également mis en rapport avec le déclin de l'agriculture de subsistance exposé aux changements climatiques et à la baisse de leur prix de vente. Le rapport des Nations Unies sur les drogues en Afrique indique :

« Peanut farming in Senegal, long a driving force for development, has in recent years been hard hit by adverse weather conditions and price falls on the world market. There have been reports of Ghanaian sponsors operating out of the Gambia, supplying seeds, supplies and a cut of the profit for the labour of

Senegalese farmers » (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 1999: 23).

Les revendeurs s'approvisionnent directement chez le cultivateur ou chez le grossiste. Il existe des filières et des réseaux de production, de stockage, de distribution et de vente du cannabis avec de gros trafiquants et de petits distributeurs recrutés en général parmi la jeunesse délinquante ou prédélinquante des villes (Collomb, Diop et Ayats, 1962). L'usage toléré du cannabis à des fins thérapeutiques jusqu'à une période récente est devenu un facteur de toxicomanie chez les jeunes. En outre, l'augmentation de ce produit a entraîné une désaffection de la culture de plusieurs produits vivriers, au moment où des essais de cultures d'autres drogues sont signalés sur le continent africain (Sénégal, 1997).

Le chanvre, comparé à la cocaïne et l'héroïne, est plus accessible géographiquement et financièrement. Dans les années 2000, son coût varie entre 250 francs pour un joint et 30 000 ou 40 000 francs pour le kilogramme. Un paquet de yamba de 500 francs peut donner 5 ou 6 joints (Ndione MS, 2005). Le yamba (ou *boon*, ou *wii*, ou *shit*) se présente sous la forme d'un broyat, mélangé ou non à du tabac, il est fumé sous forme de joints (*jum* en wolof). Il est consommé de préférence de façon collective par des groupes d'amis de la même classe d'âge (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 1999 ; Werner, 1993).

En analysant les motifs de consommation du chanvre indien chez les fumeurs à Dakar, Werner écrit que l'usage du *yamba* répond à certaines attentes des usagers. Il leur permet d'abord d'améliorer leurs compétences sociales (diminution de l'agressivité, augmentation des échanges verbaux, accès au plaisir partagé, meilleure acceptation des rôles sociaux) ; ensuite de restaurer leur estime de soi (il rend l'usager soucieux de son hygiène corporelle, de son apparence vestimentaire et fier de lui-même) ; et enfin d'apprécier les modifications de l'humeur qu'il entraîne (« ça donne de l'espoir »), (« ça donne la forme »), (« ça donne de la science ») (Werner, 1993). Le cannabis peut représenter non seulement un facteur d'intégration au groupe, comme dans les pays occidentaux, mais aussi un important facteur d'acceptation et d'intégration sociale de la différence, comme dans le cas des lépreux de Casamance, qui renouent économiquement et socialement avec la collectivité par le biais de la consommation, mais aussi de la vente, pourtant illégale, de

cannabis (Cesoni, 1992).

2.2.2. Médicaments psychotropes

La disponibilité des médicaments psychotropes est signalée dans les années 1970 par Césioni qui écrit que ces substances sont disponibles sur les marchés parallèles, où il est possible de s'approvisionner lorsqu'une réglementation stricte est appliquée dans le circuit des pharmacies. À la fin des années 1970 et au début des années 1980, les produits psychotropes peuvent être achetés sans ordonnance auprès des pharmacies ou dans les dispensaires. Les clients peuvent aussi se procurer sur les marchés clandestins, à Dakar aussi bien qu'en province, un grand nombre de substances dites *illégales* dont la composition exacte est inconnue. Une enquête de *Frères des Hommes* constate l'existence de cette activité au Mali, en Côte-d'Ivoire, au Sénégal, au Zaïre (actuel RDC) et au Congo. Selon cette étude, le marché pharmaceutique *illicite* en Afrique est caractéristique d'une économie de pénurie ; ces médicaments déconditionnés et parfois moins chers sont quelquefois le seul recours possible des plus défavorisés (Cesoni, 1992).

2.2.3. Le *ginz*, produit et mode de consommation à la fois

Le terme de *ginz* employé par les usagers désigne des solvants organiques (essence, diluant, vernis, colle, etc.) dont l'inhalation (*moo* ou *ginz* en wolof) provoque un état d'ivresse intense, de courte durée, souvent associé à des hallucinations visuelles effrayantes. Également d'apparition récente, cette pratique a constitué le mode d'entrée dans l'univers de la « prexion » (terme employé pour désigner un état altéré de conscience). En général, l'usage du *ginz* est rapidement abandonné du fait de sa toxicité et de son caractère péjoratif de pratique considérée comme relevant d'un comportement infantile (Werner, 1993).

2.3. La consommation de drogues au Sénégal

Le passage d'une consommation « traditionnelle contrôlée » à un usage de type problématique s'opère dans la décennie 1980. Au début de cette décennie, Gueye et Omais

signalait qu'« au Sénégal, nous ne rencontrons presque jamais, pour le moment, de véritables toxicomanies et encore moins de toxicomanies aux drogues dures » (Gueye et Omais, 1983). Puis, plusieurs enquêtes constatent la manière dont les bouleversements profonds de la société sénégalaise, de même que les stratégies commerciales extérieures introduisent de nouvelles consommations et modifient la situation. Les préparations traditionnelles, écrit Césioni, sont de moins en moins utilisées dans les milieux jeunes au profit des substances importées. Une enquête menée en 1980-1981 dans les milieux scolaires urbains fait état d'une consommation élevée de cannabis (70 % de l'échantillon), suivi de l'alcool (15 %) et, pour le reste, des médicaments psychotropes et les solvants (Cesoni, 1992).

En 1982, une montée de la consommation de médicaments psychotropes, notamment des hypnotiques et des tranquillisants, a obligé le Ministère de la Santé Publique à en limiter les importations. Césioni rapporte que 39 % des jeunes entre 15 et 24 ans consomment au moins une des drogues dites « licites » (tabac, alcool et tranquillisants) et 14 % ont expérimenté une des « drogues illicites » (cannabis, médicaments psychotropes achetés sans ordonnances, solvants) (Cesoni, 1992).

L'héroïne et la cocaïne font leur apparition au début des années 1980 à Dakar (Cesoni, 1992), mais ne circulaient pas encore en banlieue (Werner, 1993). En 1989, Werner constate l'apparition d'héroïne à Pikine et le début de sa diffusion, malgré son prix relativement élevé puisqu'un « képa » (dose permettant de confectionner 1 à 3 cigarettes) se négociait entre 1000 et 2000 FCFA. De même, poursuit Werner, la cocaïne et son dérivé, le crack, n'ont fait leur apparition à Pikine qu'en 1990. La diffusion de ces nouvelles drogues vers la périphérie de Dakar est corollaire à l'intensification de la répression qui s'est exercée à l'encontre des « dealers » dakarois à partir de 1988 et le déménagement de certains d'entre eux vers les quartiers plus tranquilles de la banlieue (Werner, 1993).

À propos du profil des consommateurs de drogues au Sénégal, la littérature rapporte des éléments d'identification qui concernent le sexe et la catégorie socio-professionnelle des usagers. Dans les années 1990, à partir d'informations concernant la catégorie socioprofessionnelle de leurs pères, Werner constate qu'une majorité des usagers est issue

du prolétariat urbain (petits commerçants, artisans, ouvriers), d'une population paysanne appauvrie (des migrants) ou d'une petite bourgeoisie urbaine (fonctionnaires, employés ...) durement éprouvée par la baisse du pouvoir d'achat. En particulier, ces jeunes sont confrontés à une crise du marché du travail visible au niveau de la baisse importante des emplois salariés. Ils se trouvent même exclus du secteur dit « informel » de l'économie qui se révèle incapable d'absorber cette masse de demandeurs d'emploi. Au cours des entretiens de Werner, la gravité du problème de l'emploi a été soulignée de façon répétée et insistante par ses interlocuteurs, qui en faisaient la cause primordiale de leurs comportements déviants (Werner, 1993).

En terme de distinction de sexe, le CILD constate que la toxicomanie semble être l'apanage beaucoup plus des garçons que des filles. Leurs observations montrent cependant que de plus en plus de filles sont concernées par la consommation de drogues. Dans les années 2000, environ 20% de la population des usagers de drogues identifiés par le CILD sont des femmes avec une prédominance, chez elles, de consommation de sédatifs. Il n'existe certes pas de statistiques sur la prévalence de la toxicomanie chez les femmes mais le recoupement des données au niveau hospitalier, pénitencier et de certaines ONG permet de s'en faire une idée même si elle est parcellaire de l'ampleur du phénomène. Des études faites au niveau de la clinique psychiatrique du CHU de Fann montrent que le problème de la toxicomanie féminine existe et prend de l'essor. Si en 1982 un seul cas avait été signalé parmi les hospitalisés, ce nombre est passé à 5 en 1988 et à 11 en 1997 (CILD, 2003).

Les femmes toxicomanes retrouvées en milieu hospitalier proviennent, en grande partie, de familles aisées ou qui ont séjourné à l'étranger, notamment en Occident. Une autre population de femmes toxicomanes se retrouve dans les milieux marginaux, y compris celui de la prostitution. Les statistiques pénitentiaires font état à ce titre d'un plus grand nombre de femmes et d'une plus grande progression de la fréquence. Le nombre de femmes interpellées pour usage et trafic de stupéfiants est passé de 10 en 1982 à 33 en 1985, 108 en 1987 et 314 en 1988. Au niveau scolaire, une enquête effectuée en 1999 (FORUT), montre que 20.9% des écolières du second cycle ont eu une expérience avec le tabac contre 18.1% pour l'alcool, 15% pour le cannabis et 48.62% pour les solvants

(CILD, 2003).

The last comprehensive assessment was undertaken in 1988 by the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), which found that 12 per cent of girls and 10 per cent of boys interviewed in Dakar had used drugs, specifically tranquilizers, and that 2 per cent were regular users (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 1999: 37).

Une tentative d'explication du faible pourcentage de femmes consommatrices de drogues est faite par Werner qui écrit qu'« on peut supposer ici une sous-représentation des femmes liée au fait que l'usage des psychotropes illicites (« yamba », « pions ») voire licites (alcool, tabac) entraîne une stigmatisation beaucoup plus importante chez les femmes que chez les hommes. Si un homme qui fume du chanvre indien est un *ceddo* (guerrier), une femme par contre est une *caga* (une pute) et, si elle boit des *pions*, elle devient une *saleté* (une ordure) » (Werner, 1993).

En ce qui concerne le mode de consommation, Werner rapporte que l'héroïne (*paodo*; *pendax*, *sanqal*) est fumée, mélangée à du tabac ou du chanvre, sniffée ou encore inhalée, dans ce cas après combustion sur une feuille d'aluminium. Elle est rarement injectée et c'est alors le fait de membres de la communauté libanaise ou de Toubabs (Werner JF, 1992). Dans les années 1990, Werner mentionne l'existence d'une pratique, « moo », « ginz », en wolof, qui consiste à inhaler de la vapeur d'essence ou de diluant ou de colle ou de vernis, des produits d'accès facile et bon marché, qui provoquent un état d'ivresse intense et de courte durée, associé souvent à des hallucinations visuelles (Werner, 1993).

En 2005, une enquête du Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue (CILD 2004-2005) 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 pays. À la fin des années 2000, se confirme l'existence d'un usage de drogues injectables au Sénégal qui est classé dans la catégorie des pays à faible prévalence avec entre 1 000 et 10 000 consommateurs de drogues intraveineuses (ONUDD, 2008).

2.4. La législation sur les drogues au Sénégal

2.4.1. historique et contexte juridique

Depuis son accession à l'indépendance, le Sénégal a élaboré un ensemble de textes et créé des structures spécialisées sur les questions de drogues. Ces actions ont été réalisées suite à sa ratification des diverses conventions des Nations Unies sur les drogues. Le développement sans précédent de l'usage abusif des drogues, après la Seconde Guerre Mondiale a conduit les Nations Unies à élaborer deux conventions : la convention unique sur les stupéfiants de 1961 et la convention de 1971 sur les substances psychotropes, ratifiées par le Sénégal (Sénégal, 1997). En 1963, le Sénégal adopte une loi qui réprime l'usage, la détention, la culture et le trafic de cannabis qui, à l'époque, était la seule drogue qui faisait l'objet d'une consommation abusive et d'un commerce illicite (CILD, 2005 ; Sylva, 2006). En 1972, une autre loi relative à la répression des infractions en matière de stupéfiants et son décret d'application n° 75 - 815 du 21 juillet 1975 sont promulguées (Sylva M.B. 2006).

La Commission Nationale des Stupéfiants (CNS), créée en 1965 puis réorganisée en 1987, prévoit la mise en place au niveau national d'une structure de coordination des activités de lutte contre les drogues (Sénégal, 1997). En 1975 sont mis en place d'autres textes qui répriment tous ceux qui sont impliqués dans le trafic et qui favorisent une approche compréhensive à l'égard du toxicomane. Cette approche se matérialise par l'introduction de l'aspect sanitaire dans le traitement juridique des usagers de drogues. Le traitement thérapeutique ou injonction thérapeutique² qui constitue ce volet sanitaire du traitement judiciaire du toxicomane apparaît comme un soin de substitution à la peine. Au terme de cette loi, si le toxicomane consommateur non trafiquant accepte de se soumettre à une cure de désintoxication, il sera dispensé d'emprisonnement ; dans le cas contraire, la détention pourrait intervenir (CILD, 2003).

En 1987, la commission nationale des stupéfiants est réorganisée et investie de nouveaux rôles que sont la définition d'une politique nationale de lutte contre la drogue, la

² « Cette méthode est introduite au Sénégal par la loi n° 75 - 81 du 9 juillet 1975 abrogeant et remplaçant l'article 8 de la loi n° 72 - 24 du 19 avril 1972 relative à la répression des infractions en matière de stupéfiants et son décret d'application n° 75 - 815 du 21 juillet 1975 », (SYLVA M.B., 2006).

coordination des activités des différents services intervenant dans cette lutte, et la proposition de mesures visant à améliorer les moyens mis à la disposition des services (CILD, 2003). Suite à la tenue à Vienne de la Conférence Internationale sur l'Abus et le Trafic Illicite des Drogues en 1987, le Sénégal adopte une démarche qui accorde autant d'importance au contrôle de l'offre qu'à la réduction de la demande. C'est à partir de cette période qu'ont été menées, en même temps que les activités de répression, des tournées de sensibilisation sur les méfaits des drogues, dans toutes les régions du pays, mais également des conférences au niveau des établissements scolaires. Ces actions se sont poursuivies durant plusieurs années et ont abouti à la mise en place, en 1995, du Centre de Sensibilisation et d'Information sur les Drogues (CSID), une structure permanente de prévention par la sensibilisation (CILD, 2003).

Le Sénégal crée l'Office Central de Répression du Trafic illicite des Stupéfiants (OCRTIS), en 1991, qui a pour fonction de centraliser tous les renseignements pouvant permettre l'arrestation des trafiquants, de coordonner et d'animer toutes les actions tendant à la répression du trafic illicite, d'intervenir au plan national et de coordonner l'action des services régionaux de police compétents (Sénégal, 1997). En 1997, le Sénégal élabore un nouveau texte intitulé « Code des Drogues » qui tend à répondre aux problèmes posés par le développement de la toxicomanie. Ce projet de Code des Drogues est le fruit du travail de toutes les parties intéressées (magistrats, policiers, gendarmes, douaniers, avocats, médecins, pharmaciens), avec comme fondement les trois conventions des Nations Unies (1961, 1971, 1988), sur les stupéfiants et les substances psychotropes, dont le Sénégal est partie prenante (Sénégal, 1997). Le Comité interministériel de Lutte contre la Drogue (CILD), créé en 1992 et placé sous l'autorité du ministère de l'intérieur, assure la coordination des actions de lutte contre la drogue au niveau gouvernemental (Sénégal, 1997).

2.4.2. Une gouvernance des drogues axée sur la répression

La politique sénégalaise en matière de drogues est orientée vers la répression qui apparaît dans les discours et les pratiques juridiques. Au niveau des discours, l'emploi assez fréquent de l'expression « lutte contre », souvent associé aux termes « la drogue »,

« l'abus » et « le trafic », est assez révélateur d'une orientation répressive. Dans le « code des drogues » de 1997, l'expression « lutte contre » apparaît 35 fois sur un document de 19.991 mots au total. Dans la pratique, les nombreuses lois mises en place par les différents régimes, socialiste puis démocrate, sont d'ordre répressif, malgré l'injonction thérapeutique qui est cependant restée peu appliquée. En plus, les nombreuses arrestations, les articles de presse et les cérémonies annuelles d'incinération des drogues participent à la méthode de dissuasion des usagers et des trafiquants.

En 1959 et en 1960 la police arrête environ 15 fumeurs par mois (Collomb, Diop et Ayats, 1962). En 2005, plus de 25 kilogrammes de cocaïne et 3,3 tonnes de cannabis ont été saisis par les forces de sécurité sénégalaises, ainsi qu'un kilogramme et demi d'huile de haschich et quelques 542 comprimés psychotropes. Ces quantités de drogues qui ont été incinérées proviennent de plus de 1 540 saisies opérées après 481.715 interpellations au cours de l'année 2005, contre 975 saisies en 2004, soit une augmentation de 49% (Ndione MS, 2005). En 2014, plus de huit tonnes de chanvre indien et 15 kilogrammes de *drogues dure* ont été incinérés³.

En ce qui concerne la répression des activités illicites, le code des drogues présente les sanctions pénales encourues par les personnes qui s'impliquent dans la production, la fabrication et le trafic illicite. Il contient de nombreuses dispositions spécifiques destinées à faciliter l'enquête : perquisitions et visites domiciliaires de jour et de nuit, contrôle des services postaux, dépistage par technique d'investigations médicales, livraisons surveillées, surveillance et écoutes téléphoniques, accès aux systèmes informatiques, surveillances des comptes bancaires, production de documents bancaires, financiers et commerciaux. Il organise aussi le dépistage et la répression du blanchiment, de manière à mettre les trafiquants dans l'impossibilité de contrôler l'économie, voire l'appareil politique du pays (Sénégal, 1997).

De son côté, si le législateur sénégalais considère le drogué à la fois comme un malade et un délinquant, en pratique l'usage, le trafic et la production des drogues illicites sont

³ http://www.sopijikko.org/index.php?option=com_content&view=article&id=138:sopi-jikko-a-participer-a-la-ceremonie-dincineration-des-drogues-saisies-au-senegal&catid=34:slides-show&Itemid=61

réprimés avec une sévérité non dénuée de violence. Tout se passe comme si l'appareil d'État avait choisi de régler le problème par la force, après avoir défini l'utilisateur de drogues comme un délinquant qui doit être puni et rééduqué. Mais, dans les faits, la répression s'abat de façon très inégale sur les usagers (Werner, 1993). L'État sénégalais définit, par son pouvoir de légiférer, ce qui est légal et ce qui ne l'est pas, puis dans un deuxième temps, il gère, traite et réprime l'usage des psychotropes illicites par l'intermédiaire des agents appartenant aux institutions judiciaire, policière et médiatique (Ndione MS, 2005).

2.4.3. Des aspects sanitaires dans la législation au Sénégal

L'approche juridique de l'objet drogue prend en compte, dans certaines de ses dispositions, l'aspect sanitaire de la consommation de drogues. Elle reconnaît que les drogues peuvent avoir des effets sur la santé des consommateurs, définit des types de drogues qui peuvent avoir une utilité en médecine, permet leur usage à des fins médicales et pose un cadre théorique pour le traitement des usagers de drogues à la place de l'emprisonnement. Plusieurs faits, extraits des textes législatives mettent en exergue ces dispositions.

Dans le code des drogues de 1997, il est mentionné que « la drogue devenue fléau des temps modernes n'épargne plus aucun continent, ni aucun pays. Alors qu'il est encore temps, chaque État a le devoir prioritaire d'empêcher que les ravages de la drogue viennent s'ajouter à ceux de l'alcool, du tabac et tout récemment aux usages incontrôlés de seringues par les toxicomanes qui entraîneraient des maladies comme le Sida » (MINT, Sénégal, 1997). La loi sénégalaise stipule que les toxicomanes, devenus dépendants des drogues, ne reculent plus devant aucun obstacle pour se les procurer. Ils s'exposent, par leurs comportements d'usage, à des maladies telles que l'hépatite ou le VIH/Sida. La loi reconnaît que le traitement de la toxicomanie exige une prise en charge multidisciplinaire de très longue durée et que les résultats sont incertains. Les textes permettent la mise disposition des médicaments essentiels à base de stupéfiants ou de substances psychotropes, tout en contrôlant la distribution licite de ces produits (MINT, Sénégal, 1997).

Dans sa classification des drogues et la réglementation des activités licites, la législation sénégalaise indique que certaines drogues sont sans valeur thérapeutique réelle, alors que d'autres constituent des médicaments utilisés en médecine. Les premières sont interdites, mais l'usage des autres pour la guérison ou le soulagement des malades est autorisé et soumis à une réglementation adaptée à chaque produit et à des contrôles stricts. En matière de traitement de l'addiction aux drogues, la loi sénégalaise prévoit, lorsqu'un toxicomane fait l'objet d'une condamnation pour certaines infractions, de le contraindre à se soumettre au traitement ou aux soins appropriés à son état (MINT, Sénégal, 1997). Pour les personnes malades sous traitement et en transit sur le territoire national, les textes juridiques soutiennent qu'elles peuvent détenir, pour leur usage personnel, certains médicaments, en quantité pour une durée de sept à trente jours de traitement. Ces personnes, précisent les textes, doivent être en possession des ordonnances médicales correspondantes (MINT, Sénégal, 1997).

La législation sénégalaise à propos des drogues n'est pas exclusivement répressive dans les prédispositions ; elle s'inscrit aussi dans une vision ambiguë qui voit en l'utilisateur de drogue un délinquant et un malade. Les notions de dépendance, d'addiction, d'infection par le VIH et de valeur thérapeutique attribuée à certaines drogues témoignent d'une certaine reconnaissance du mode de traitement pluridisciplinaire des usagers de drogues. L'injonction thérapeutique qui est l'aboutissement de cet esprit de traitement globalisé peine cependant à être mis en œuvre du fait de l'absence de dispositifs appropriés.

En résumé, la consommation de drogues est une réalité au Sénégal qui a concerné la plupart des groupes sociaux y vivant. Les boissons alcoolisées d'origines végétales sont généralement fermentées avant leur consommation réservée à certaines catégories. Les drogues telles que le cannabis, l'héroïne et la cocaïne sont classées dans l'ordre des produits dangereux venant d'ailleurs. Une politique répressive relayée par des articles de presse, des images et des vidéos télévisées à propos d'arrestations de personnes usagères de drogues ou de trafiquants, et un discours religieux hostile à leur usage classe la consommation drogues *dure* dans la catégorie de la délinquance.

CHAPITRE 3

CONSTRUCTION DE L'OBJET DE LA RECHERCHE

3.1. Position du problème

Les réflexions sur la thématique des drogues au Sénégal ont fait l'objet de quelques recherches en sciences sociales. Notre étude se positionne à un niveau historique et thématique qui en fait une particularité à propos de la recherche scientifique sur les drogues.

3.1.1. État de l'art sur la consommation de drogues

Les sciences sociales, comme l'écrit Werner, ont un rôle à jouer dans la compréhension du phénomène de la drogue. Cela s'explique d'abord par leur compétence particulière à mettre en évidence les articulations qui existent entre les différentes facettes de ce « fait social total ». Mais, ensuite, en raison de leur capacité à rendre à ces acteurs sociaux que sont les usagers de drogues une parole qui leur est déniée, en tant que déviants et malades, par les « spécialistes du Normal et du Pathologique ». Cette posture épistémologique, poursuit l'auteur, est aussi la condition *sine qua non* de l'autonomie des sciences sociales dans un champ largement dominé par le paradigme biomédical. À défaut, comme c'est le cas dans le domaine du sida par exemple, les sciences sociales risquent d'être purement et simplement satellisées autour de la planète biomédicale, perdant ainsi toute chance de déployer leur pouvoir heuristique. Autrement dit, du fait de sa complexité, de l'importance de ses dimensions sociale et culturelle, l'étude de ce phénomène représente une chance historique pour les sciences sociales de construire un objet qui leur soit propre dans le champ de la santé et de la maladie (Werner, 1995).

L'usage des psychotropes illicites renvoie à une multiplicité de significations qui sont autant de signes d'une individualisation des pratiques et des représentations chez des acteurs sociaux. Ces derniers sont dynamiques et utilisent les psychotropes pour différents motifs : pour contester la légitimité de l'État ou s'affranchir de la tutelle religieuse, pour s'adapter à une culture urbaine qui exige

un dépassement de soi, pour mettre un peu de plaisir dans l'ennui d'une vie oisive ou encore dans un but thérapeutique comme l'usage antidépresseur du chanvre indien. Cette façon de complexifier le problème explique pourquoi les sciences sociales sont souvent considérées comme des empêcheurs d'intervenir en rond par les hommes de pouvoir, qui ont un penchant prononcé pour les solutions simples à des problèmes compliqués (Werner, 1995).

En Afrique, la majorité des enquêtes réalisées à ce jour concernent le tabac et l'alcool (Diop, 1980 ; Funken, 1985, 1986, Barry, 1991 ; Yguel, 1991) dans des populations comme les patients hospitalisés en psychiatrie (Collomb et al. 1962, Gueye et Omais 1983), les jeunes (Delpeteau, 1995) et en particulier des élèves (D'Hondt et Vendewiele, 1984 ; Adelekan, 1989). Or, l'usage des drogues est, d'une part, un processus dont il faut comprendre la dynamique et, d'autre part, une construction sociale qui est autant le fait des acteurs centraux (responsables politiques et religieux, psychiatres, membres de l'appareil judiciaire, etc.) que ceux placés à la périphérie (usagers, dealers) (Werner, 1995).

Quant aux études ethnographiques sur l'usage des drogues en Afrique (Codere 1975, Dutoit 1980), leur rareté témoigne, écrit Werner (1993), du relatif désintérêt des anthropologues pour un sujet qui se situe en dehors de leurs champs d'investigation traditionnels. Les écrits ethnographiques recensés, poursuit Werner, concernent le cas particulier de plantes psychotropes consommées rituellement dans certaines sociétés, à l'instar de l'Iboga chez les Fang du Gabon lors du rituel initiatique du Bwiti (Gollnhofer et Sillans 1976, 1983). Ils s'intéressent aussi au chanvre indien utilisé anciennement par les Kongo dans le cadre du rituel thérapeutique du Lemba (Janzen 1982).

Werner rapporte que la majeure partie des écrits sur le sujet est de type épidémiologique (Navaratnam et *al.*, 1979 ; Péla et Ebie 1982). Elle se borne à quantifier et à mettre en relation des variables individuelles (âge, sexe, profil psychologique), comportementales (modalités d'usage), sociales (scolarisation, situation sur le marché du travail, etc.) et culturelles (changements liés à l'urbanisation) avec pour objectif, de proposer des hypothèses explicatives de cette conduite. La méthode privilégiée est celle de l'enquête par questionnaire avec un tropisme certain pour le milieu scolaire (Anumonye 1980, Akpala et

Bolaji 1991). En ce qui concerne le Sénégal, ce sont des psychiatres qui se sont penchés sur la question à partir d'observations effectuées essentiellement en milieu hospitalier (Collomb et al. 1962, Gueye et Omais 1983) (Werner JF, 1993).

Les travaux en sociologie et anthropologie sur la question des drogues (Werner 1991 et 1993 ; Tine, 2008 et Ndiaye 2007 et 2014) ont particulièrement concerné le cannabis et l'alcool. L'ethnographie de Ndiaye s'intéresse à la symbolique sociale construite à travers la prise d'alcool et aux représentations socioculturelles fondatrices de sa reconnaissance sociales d'être l'*eau de confort et de réconfort*, voire de *refuge inopiné des derniers de la société*. Il procède par l'analyse sémantique d'un ensemble de termes descriptifs et d'adresses élaborés par les Wolof, en vue de nommer l'alcool. Il montre comment le jargon relatif à l'alcool revêt une forme de stigmatisation qui trouve son origine, non pas dans la tradition wolof, mais dans les préceptes de la religion islamique adoptés par cette société. Le travail de Tine a consisté à faire une ethnographie de la consommation et du traitement de cannabis dans la région de Thiès. Son objectif consiste à décrire le profil des consommateurs de drogues dans une ville marquée par une grande présence de *Fak man* (qu'on pourrait traduire par des personnes ayant fugué de chez leurs parents et habitant dans les rues). Puis, il s'attèle à analyser l'offre de traitement dans deux centres de traitement des consommateurs de drogues que sont le centre de santé mentale *Dalal xel* de Thiès et le centre Jacques Chirac de Dakar.

L'ethnographie la plus remarquable est sans conteste celle de Werner qui, après sa thèse de 1991 intitulée « déviance et urbanisation au Sénégal : approche biographique et construction anthropologique de la marge » en 1991, publie l'ouvrage *Marges, sexe et drogues à Dakar* en 1993. Son ouvrage est une description de l'espace de la marginalité urbaine dans la banlieue de Dakar où l'explosion démographique urbaine et la crise économique ont aggravé les problèmes sociaux. L'auteur étudie les consommateurs de drogues ainsi que d'autres types de populations à la marge tels que les dealers, les prostitués, de petits voleurs, décrits dans leur comportement au quotidien. Il relate la vie d'une femme sénégalaise, située à plusieurs niveaux de marginalités (usagère de drogue, prostitué, proxénète, pauvre, malade) qui, à travers le récit qu'elle livre à l'anthropologue, dévoile la fragilisation de son réseau familial et social.

3.1.2. Un témoignage de la construction sociale de l'usage de drogues

Pour permettre de saisir la problématique au travers du regard d'un usager de drogues, nous proposons un extrait d'entretien introductif.

Extrait d'entretien avec Brama, 50 ans, homme, divorcé, héroïnomane, 24 ans d'usage, sniffer (Aout 2011).

Enquêteur : Qu'est-ce qui vous a poussé dans la drogue ?

Brama : (Brusquement avec rigueur) Un accident.

Enquêteur : Un accident ?

Brama : je ne sais pas, défaut d'information, j'en avais un peu entendu parler, mais c'était de façon assez éphémère. Une rencontre avec un copain...qui me présente la chose, qui me présente des arguments...

Enquêteur : Des arguments ?

Brama : Non, il disait... à cette époque-là je buvais de l'alcool, *bon ça c'est mieux que l'alcool que tu prends, celui-ci hein, quand tu le prends ça ne sent pas, hein, personne ne saura que tu prends quelque chose, toi aussi, tu es un responsable maintenant*, à cette époque-là j'avais déjà mon diplôme et j'avais commencé ma vie professionnelle, *tu es un responsable, regardes est ce que moi je suis dénaturé ? Je suis bien normal, keureup keureup, prends moi ça, goute...* et puis bon pour ne pas être ridicule entre guillemets, je me suis dit ben, puisque eux ils le font, je vais faire moi aussi. Est-ce que tu comprends, puisqu'on est ensemble, ils vont peut-être me prendre pour un innocent, alors que moi je suis un gentleman, je vais leur montrer comment c'est, j'ai pris l'affaire, je sniff, je sniff encore, le lendemain je viens...et eux ils savent en te donnant ça vers où ils te conduisent, han... on dit que celui qui se noie voudra toujours en emporter un autre est ce que tu comprends, c'est toujours comme ça, les gens trouvent toujours des arguments pour t'y mettre, là c'est un accident, j'étais au mauvais moment, au mauvais endroit, en mauvaise compagnie.

Enquêteur : [...] Pensez-vous que vous avez besoin de soin ?

Brama : Mais bien sûr, une prise en charge, dès lors que tu as une prise de conscience, je t'ai dit qu'il n'y a aucune joie dans la drogue. Au départ tu peux avoir des sentiments que c'est bien, les premiers temps tu es content mais au bout d'un temps tu te rends compte que tu t'es mis dans un pétrin duquel il faudra sortir. Est-ce que tu comprends, c'est facile d'y entrer, mais après tu te rends compte, au moment où tu veux t'en sortir, tu te rendras compte de l'énormité de la tâche, est-ce que tu comprends ? Forcément... on s'est drogué

jusqu'à avoir cet âge, est-ce que tu comprends ? Tu vois tes enfants qui grandissent, ton mariage est cassé, tes enfants sont avec leur mère, tu peux plus les approcher, tu as des obligations, tu vois tes camarades qui réussissent, là je me dis il faut que ça finisse. Une prise de conscience faite, il faut que je m'en sorte, j'ai besoin de me tirer d'affaire.

Enquêteur : Qu'est ce qui a engendré cette prise de conscience ?

Brama : Après une succession d'événements, particuliers, t'as perdu ta petite famille, anh, ta femme s'en va avec tes enfants, t'as perdu ton premier emploi, t'as plus de relation correcte avec ta famille, tes parents, t'es pointé du doigt dans le quartier, même là où tu boulotes les gens commencent à soupçonner, et puis à force d'entendre les *arrêtes ce que tu fais ! Arrêtes ce que tu fais ! Un enfant de bonne famille doit éviter certaines choses*, en ce moment je dis merde, il faut que cela finisse. Mais entre la prise de conscience et l'effectivité de la sortie de crise ça peut prendre toute une vie hein. Tu peux être conscient de la chose mais pour t'en sortir, surtout dans ce pays où il n'y a pas les dispositions requises pour aider le gars à s'en sortir, il y a beaucoup de choses à faire.

Enquêteur : En termes de soin, desquels avez-vous le plus besoin ?

Brama : Les soins appropriés à ma situation de toxicomanie. Que ce soit au niveau de ceux qui sont chargé d'apporter ces soins qu'ils commencent par ... (long silence), aller se former eux-mêmes, parce qu'il me semble que ceux qui sont chargés de nous soigner ici n'ont qu'une connaissance assez plate de la toxicomanie, est-ce que tu comprends ?

Enquêteur : Comment le savez-vous ?

Brama : Parce que j'ai été plusieurs fois...en centre de ... hospitalier pour me traiter, j'ai eu à voyager, j'étais en Europe et tout ça j'ai vu comment est-ce qu'on traitait les toxicomanes en Europe, quels étaient les moyens dont on se servait, quels étaient les médicaments qu'on leur donnait, venu ici, les premiers temps j'ai cru que j'allais pouvoir bénéficier de ces mêmes médicaments, à ma grande surprise ces médicaments n'existent même pas au Sénégal. Ils n'existent pas. Je vais prendre un exemple, pour régler le problème du sida là, il a fallu s'aligner sur ce qui se faisait au niveau international, han, dans les pays européens, on a dit que pour traiter le sida, pour freiner l'évolution du sida en tout cas il fallait, hann, administrer des antirétroviraux, han, heu... principalement la trithérapie, han basé sur trois médicaments différents, c'est pas des aspirines, c'est pas de la nivaquine, c'est pas du... c'est ça c'est ça, han, voilà les médicaments qu'il faut, pourquoi ne pas procéder de la même manière avec la toxicomanie ? En sachant qu'en Europe ou dans le monde occidental, pour traiter le toxicomane on a tel médicament, tel médicament, tel médicament, on procède de telle manière, de telle manière. On ne peut pas traiter le toxicomane sénégalais d'une autre manière que par ces moyens. En Europe on distribue de la méthadone ou du subutex, donc c'est un traitement suivi par des

médecins spécialistes dans des centres bien déterminés, réservé à cet effet han, faudrait qu'on fasse la même chose ici. Qu'on commence par accepter que le phénomène existe, et qu'il y ait un plaidoyer fort auprès des autorités pour que ces médicaments puissent être importés et que les autorités mettent des centres spécialisés et de la même manière que, que on a interdit ou bien qu'on a mis un frein à la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, il faudrait qu'on procède de la même manière, qu'on arrête cette stigmatisation à outrance basée sur des appréciations subjectives han ! Et qu'on arrive à admettre que les toxicomanes sont des gens, ce sont des enfants de la société, hum ! Parce qu'en définitive, qui est le responsable, ce n'est pas le toxicomane, le responsable c'est ceux-là qui n'ont pas su donner la bonne éducation et la bonne information est-ce que tu comprends ? C'est eux les responsables, c'est pas le toxicomane, lui il est victime mais ceux qui n'ont pas su donner la bonne information, ceux qui n'ont pas donné la bonne éducation, ceux qui n'ont pas su mettre sur pied à temps de programme valables est-ce que tu comprends ?...de prévention et tout ça, c'est eux. Mais aujourd'hui il leur est donné une chance de se rattraper mais se rattraper c'est mettre en place des programmes d'assistance aux toxicomanes.

Enquêteur : Avez-vous déjà eu un recours à une structure de soin ?

Brama : Weuy, j'ai été fait au moins 4, 5 séjours pour décrocher.

Enquêteur : Comment cela s'est passé ?

Brama : Beuf ! Ça s'est passé...comment te dire...avec les moyens du bord quoi, le médecin il a une connaissance assez sommaire de ma pathologie han ! 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 deux à trois semaines l'enfer parce que je n'ai pas de médicament de substitution approprié, je n'ai que ma volonté pour résister, j'ai un contrat moral de confiance qui me lie à lui, j'accepte de rester enfermé dans une chambre et de souffrir pendant 15 jours. Bon, au bout de 15 jours les effets physiques se sont dissipés, y a quand même les effets psychiques et psychologiques qui persistent. Ça requiert un accompagnement mais cet accompagnement est quasi inexistant. Donc c'est du fait que, au bout du compte, même si tu résistes pendant un mois d'hospitalisation sans prendre la came au retour tu te retrouves face à la même situation, les mêmes difficultés, la même réalité, même stress et tout ça, tu vas tenir peut être un mois supplémentaire, mais le troisième mois tu reviens, tu ne t'en rendra même pas compte quand tu retournes dans la came parce qu'il n'y a pas eu de suivi, de succession logique dans la chaîne de soin, y a des étapes bien déterminées qui ont fait l'objet de recherches faites depuis longtemps par d'éminents spécialistes. Si une seule de ces étapes est faussée, tu fausses le processus au bout du compte tu récoltes l'échec.

Enquêteur : Donc vous pensez que la prise en charge n'est pas complète ?

Brama : Ça reste, la prise en charge n'est pas appropriée, elle est loin d'être appropriée, parce qu'il ne peut pas y avoir une prise en charge bonne sans l'administration des médicaments adéquats. Pour commencer il faut d'abord, dans le cadre de la toxicomanie il faut l'apport de cette thérapie à base de médicaments très spécialisés de substitution avec un suivi médical sûr hein avéré, ensuite un suivi post cure, han, c'est tout une démarche, quand on ne maîtrisera pas les tenants et les aboutissants de cette démarche on fausse le jeu.

Enquêteur : Quels ont été vos rapports avec les soignants que vous avez trouvés sur place ?

Brama : Mais les rapports sont déjà biaisés, faussés, parce que déjà, sur cinq soignants que tu vas trouver sur place les quatre voient en toi qu'un toxicomane. Déjà ils te classent quelque part est-ce que tu comprends ? Y'en a peut-être un seul qui va se battre parce qu'il pense pouvoir te venir en aide, mais les autres, vos rapports sont basés sur la méfiance, sur la stigmatisation. La stigmatisation qui fait le plus mal c'est celle qu'on rencontre chez les professionnels dans les hôpitaux, les infirmiers et truc qui te traitent en tant que toxicomane, qui te le font savoir même dans leurs comportements, dans leurs attitudes vis-à-vis de toi, ... ».

Cet extrait donne un aperçu sur un profil de consommation incluant l'initiation, les effets sociaux, la quête de soin ainsi que l'appréciation du dispositif de traitement sénégalais de l'usage de drogues. Ces différents éléments de la trajectoire de consommation des usagers de drogues sont décrits dans la thèse et sont analysés, avec un focus sur leurs évolutions, après le processus de médicalisation.

En 2011 une enquête épidémiologique et comportementale dénommée UDSÉN (pour Usagers de Drogues au Sénégal) estime la taille de la population d'usagers de drogues (héroïne, cocaïne/crack) à 1324 individus à Dakar (ANRS 12243). Cette enquête montre que les usagers ne disposent pas d'un traitement de leur addiction. En réponse, le Centre Régional de Recherche et de Formation (CRCF) situé dans le CHNU de Fann à Dakar, qui abrite le projet UDSÉN, a appuyé 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. Il a procédé à l'ouverture, en décembre 2014, d'un centre de traitement intégré des addictions (Cépiad), incluant un programme de traitement de substitution par les opiacés (méthadone). Cette dynamique sociale peut être analysée en termes de médicalisation de l'usage des drogues au Sénégal.

3.1.3. La médicalisation d'une déviance sociale

Le concept théorique de médicalisation désigne la redéfinition d'un problème dans un langage et une approche biomédicaux (Bert, 2009). Pour Peter Conrad, la médicalisation décrit le processus par lequel des problèmes non médicaux deviennent définis et traités comme des problèmes médicaux, généralement en termes de maladie ou de trouble (Conrad, 1992). En Afrique, où l'ensemble de la population n'a pas accès aux soins, l'approche sociologique critique de la médicalisation n'est pas applicable de la même manière qu'en Occident. Dans un contexte de ressources limitées, un certain nombre de problèmes sociaux ou environnementaux, médicalisés dans les pays du Nord, ne le sont pas, faute de moyens. Certains problèmes de santé paraissent sous-médicalisés dans la mesure où ils ne sont pas traités ou le sont par des processus d'exclusion ou de disqualification sociale des personnes qui en sont atteintes : c'est le cas de handicaps par exemple. Face à ces problèmes, une médicalisation incluant un diagnostic et des moyens de traitement serait souhaitable pour ces personnes et d'un point de vue de justice sociale. Le concept sociologique de médicalisation est donc ambivalent, et son sens est relatif à des contextes. Il a été très peu utilisé en socio-anthropologie en Afrique.

La déviance peut être définie comme l'ensemble des conduites et des états que les membres d'un groupe jugent non conformes à leurs attentes, à leurs normes ou à leurs valeurs et qui, de ce fait, risquent de susciter de leur part réprobation et sanctions (Cusson, 1992). Les sociologues utilisent le terme de déviance pour désigner un ensemble disparate de transgressions, de conduites désapprouvées et d'individus marginaux, incluant l'abus de drogue. Au Sénégal, nous pouvons avancer l'hypothèse que, l'idée de déviance associée à l'usage des drogues est liée à la politique conservatrice du Sénégal, qui utilise la répression et favorise l'expression des prises de positions normatives basées sur des interprétations

religieuses¹ vis-à-vis des drogues et des usagers.

En 1963 puis en 1972, le Sénégal adopte des lois répressives sur le cannabis (loi n°63-16 du 5 Février 1963) et sur les stupéfiants (loi n°72-24 du 19 avril 1972). En 1997, le Sénégal élabore un nouveau texte portant sur le code des drogues (loi 97-18 du 1er Décembre 1997) qui en réprime l'usage simple et le trafic. La politique répressive élaborée par l'État du Sénégal a renforcé la perception négative des drogues et des usagers déjà instaurée par une tradition religieuse d'origine musulmane puis chrétienne.

3.2. Questionnement de la thèse

À la suite de l'enquête de prévalence et socio-comportementale UDSEN menée en 2011 à Dakar, un projet de traitement des usagers de drogues est mis en œuvre quelques mois après l'enquête. Une équipe d'intervenants de terrain (outreach) est créée et formée sur les techniques d'intervention auprès des usagers de drogues, notamment sur la réduction des risques (RDR). À la suite d'un plaidoyer auprès des autorités nationales, la méthadone est inscrite sur la liste officielle des médicaments autorisés au Sénégal. Fin 2011, commence le programme de réduction des risques avec la distribution de seringues et de préservatifs, l'organisation de causeries sur les risques infectieux liés à la consommation des drogues, les activités de médiation sociale et médicale, l'élaboration des supports de communication. Parallèlement une consultation médicale (infectiologie et addictologie) est ouverte au Centre de Recherche et de Formation Clinique (CRCF) de l'hôpital Fann à Dakar. En décembre 2014, le Centre de Prise en Charge Intégré des Addictions (Cépiad) a été mis en place pour répondre aux besoins socio-sanitaires montrés par l'enquête UDSEN. Le Cépiad déroule des activités sociale, psychiatrique et médicale incluant un traitement de substitution par la méthadone pour les héroïnomanes (plus nombreux à Dakar).

¹ Au Sénégal, écrit Werner, la drogue est devenue un enjeu politique majeur entre l'État et certains mouvements islamistes radicaux qui en font leur cheval de bataille contre le parti au pouvoir. De telle sorte que, coincés entre les critiques des opposants politiques qui exigent plus de fermeté, d'une part, et les exigences des bailleurs de fonds occidentaux en termes de respect des droits de l'homme et prise en charge, d'autre part, les responsables politiques adoptent des attitudes pour le moins ambivalentes vis-à-vis de cette question (Werner, 1995).

Notre propos dans cette thèse est d'analyser la mise en place du dispositif de traitement pour les usagers de drogues au Sénégal, en se basant sur la description et l'analyse des effets sociaux de leur traitement. Il s'agit d'aborder le processus de médicalisation à différents niveaux (discours, pratiques, identités), du micro au macrosocial. La thèse abordera aussi les effets sociaux de cette médicalisation à travers les questions spécifiques suivantes :

- Comment la médicalisation va-t-elle modifier l'imputation de déviance sociale envers les usagers de drogues et avec quel effet, notamment sur les relations avec les soignants?
- Quelles sont les appréciations et attitudes des usagers de drogues envers le dispositif de traitement par rapport aux autres types de mobilisations individuelles et collectives déjà entreprises pour traiter leurs addictions ?
- Quel sera le regard porté sur les usagers par les soignants et les autres acteurs immédiats au cours du processus de la mise en place du dispositif de traitement médical des usagers de drogues ?
- La médicalisation va-t-elle permettre aux usagers de drogues de limiter leur vulnérabilité sociale en réduisant la sous-considération dont ils font l'objet ou, à l'inverse, va-t-elle les enfermer dans un rapport de dominés vis-à-vis des médecins et les conduire à se percevoir comme « malades » et « handicapés », éventuellement comme « dépendants » d'un traitement ?

Cette analyse contribue à la réflexion sur l'analyse de la pertinence théorique du concept de médicalisation en Afrique.

3.3. Hypothèse de la recherche

La recherche part de l'hypothèse générale selon laquelle les usagers de drogues à Dakar, qui ont une longue expérience dans le milieu de la consommation de produits jugés « illicites », se sont créé un univers « à la marge » où ils ont capitalisé un certain nombre d'expériences en matière de pratiques de consommation, de modes de gestion de leur toxicomanie, de leur rapports aux produits et aux pratiques de sevrage, qui seront mobilisées pour apprécier le nouveau dispositif de soin qui est mis à leur disposition. Ce dispositif leur permet,

dans un contexte général marqué par une quête de traitement pour plusieurs populations et pour plusieurs pathologies en Afrique, d'avoir accès à des soins qui leur permettent d'entamer un processus de dé-marginalisation sociale mais qui les enferme, en même temps, dans un 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.

3.4. Objectifs de la recherche

La recherche a pour objectif principal de décrire et d'analyser les effets sociaux de la mise en place d'un dispositif de prévention et de traitement des addictions par la description du processus de médicalisation et l'analyse des effets sociaux favorables ou défavorables pour les usagers de drogues.

Les objectifs spécifiques de la recherche sont de :

1. décrire les parcours individuels de quelques usagers de drogues, incluant l'histoire de leur addiction, leurs rapports avec le toxique, les soignants et la répression ;
2. décrire les étapes de la mise en place du dispositif de traitement des addictions, les évolutions institutionnelles (création d'une association d'usagers, mise en place d'un réseau de professionnels) avec leurs acteurs clés et les obstacles rencontrés ;
3. analyser les perceptions des usagers, de l'addiction et du traitement, par les professionnels de santé, grâce à des enquêtes pré et post-mise en place du dispositif ;
4. analyser les perceptions et attitudes du public (incluant les médecins, les associatifs, les paramédicaux, les forces de défense et de sécurité) et les réactions des média sénégalais face au dispositif, ainsi que leur traitement des usagers de drogues et de l'addiction.

3.5. Un objet au carrefour de plusieurs sous discipline de la socio-anthropologie

3.5.1. Sociologie criminelle, criminologie

La sociologie criminelle est le champ qui interroge des faits de délinquance, de criminalité et de terrorisme, qui sont devenus de véritables enjeux pratiques, idéologiques et politiques (Durant et Weil, 1997).

« Tout groupement humain constitué secrète des valeurs, des normes, dont l'ensemble vise, d'une manière générale, au maintien de sa structure. Cet ensemble normatif agit en retour sur le corps social comme un système de régulation. (...). C'est donc tout un champ du social qui est régenté par des valeurs et des réglementations collectives, dont la transgression, menaçant l'équilibre plus ou moins précaire constitutif de la structure sociale, peut entraîner de la part du groupe cette réaction qu'on appelle la peine. Le domaine de la réaction sociale à la transgression de ces règles constitue, dans sa généralité, *le champ de la sociologie criminelle* » (Durant et Weil, 1997 : 596).

La criminologie, à l'ombre de la science juridique, analyse les comportements criminels à partir de catégories juridiques (types d'infraction), auxquelles elle rapporte des explications d'ordre psychosocial. La sociologie tend, pour sa part, à ne pas être tributaire des classifications du droit, considérant que la rationalité de l'action déviante ne peut se réduire à celle du droit mais qu'elle relève de logiques transversales (Akoun et Ansart, 1999).

Si la constitution de la sociologie criminelle en tant que champ de recherche spécifique est relativement récente (deuxième moitié du XIXe siècle), l'interrogation sur les faits criminels est ancienne. Qu'il s'agisse de systèmes de régulation coutumiers et traditionnels, ou de systèmes légalistes dans lesquels certains aspects de la vie sont régis par un code juridique, toute société est productrice de règles et voit, à un moment ou à un autre, ces règles transgressées (Durant et Weil, 1997).

La criminologie a eu une histoire mouvementée. Des années 1830 jusqu'à la Seconde Guerre Mondiale, la « sociologie criminelle » qui, par la suite, prend le nom de la « sociologie de la déviance », se focalise sur l'étude du criminel sous l'angle d'une approche positiviste et étiologique qui analyse la personnalité et les

attitudes de la personne. Par la suite, se sont fondées les écoles italienne, qui accorde une part importante au déterminisme biologique sur la criminalité et celle dite franco-belge marquée par Quetelet dont l'œuvre met en évidence « une constante relative de la criminalité », Tarde dont l'analyse est axée sur le rapport entre le milieu environnemental et la délinquance et Lacassagne pour qui le milieu social est « le bouillon de la culture de la criminalité » (Ndiaye, 2014).

Chaque société, chaque groupe social, chaque communauté définit ses propres critères de déviance et nomme, en fonction de ses réalités, « ses » déviants, voire « sa classe déviante » (Ndiaye, 2014: 64). La référence à la criminologie permet de voir en quoi l'usage de drogues constitue une pratique essentialisée comme une forme de déviance sociale. Elle permettra aussi de montrer les types de réactions sociales qu'engendre la consommation de drogues en fonction de plusieurs catégories de personnes définie dans le cadre d'analyse de cette thèse.

3.5.2. Anthropologie de la santé

L'anthropologie de la santé, en tant que sous discipline de l'anthropologie, s'est constituée comme une science qui a pour objets les phénomènes sanitaires, incluant la médecine, le personnel de soins, les institutions sanitaires, etc.

L'anthropologie de la santé peut être sommairement définie comme une sous-discipline de l'anthropologie consacrée à l'analyse des façons dont les gens, dans diverses cultures et dans divers sous-groupes sociaux à l'intérieur de chaque culture, reconnaissent et définissent leurs problèmes de santé, traitent leurs malades et protègent leur santé. Elle se donne comme principaux objets d'étude les conceptions populaires et professionnelles des causes des problèmes de santé, la nature des traitements de la maladie, les thérapeutes qui appliquent ces traitements, les processus par lesquels les individus recherchent de l'aide et les institutions qui régissent l'espace socioculturel de la santé (Massé, 1995: 49).

Trois traditions scientifiques particulières sont à l'origine de l'anthropologie de la santé en tant que champ distinctif de l'ethnologie : l'intérêt de l'ethnographie traditionnelle pour les médecines dites primitives ou ethnomédecine (c'est-à-dire les études ethnographiques portant sur les médecines primitives) ; l'ethnopsychiatrie, c'est-à-dire les études analysant l'influence de la culture et de la société sur les conceptions de la santé et de la maladie mentale qui ont favorisé

une étroite collaboration entre anthropologues et psychiatres ; et l'expansion des programmes internationaux de santé publique durant la période qui a suivi la Seconde Guerre Mondiale. Ces trois traditions scientifiques ont contribué à la constitution d'un corpus de connaissances se rapportant à la santé et à la maladie dans des contextes transculturels qui élargissent les conceptions biomédicales de la maladie ainsi que les représentations professionnelles et les modèles thérapeutiques des intervenants du monde occidental (Massé, 1995 ; Tremblay, 1982).

L'anthropologie de la santé reprend à son compte, pour le domaine de la santé et de la maladie, les larges visées de l'anthropologie qui est l'étude de l'homme dans sa totalité, soit de ses origines, soit de son expansion sur la terre et de sa diversification biologique et culturelle. Passionnés par la diversité des groupes raciaux et des milliers de cultures originales issus du potentiel créateur de l'homme, les anthropologues s'intéressent du même coup aux dénominateurs communs de l'humanité. Appliquée au domaine de la santé, l'anthropologie se donnera comme tâche, dans une perspective comparative, de mettre au jour les composantes des divers systèmes de santé qui peuvent être considérées comme universelles et celles qui sont le produit original de telle ou telle culture. En nous sensibilisant à l'existence d'autres systèmes diagnostiques, thérapeutiques ou étiologiques, elle nous amène à relativiser non seulement les vertus mais aussi les défauts de notre propre système de santé et jette les bases d'un recul critique (Massé, 1995).

Les analyses que poursuit l'anthropologie de la santé établissent les relations qui existent entre la maladie, les systèmes de dispensation des soins et les « pattern » culturels sans oublier l'univers du patient et les conceptions du professionnel de la santé. Toutes les civilisations du monde ont élaboré des conceptions de la maladie, ont développé des systèmes de dispensation des soins et ont mandaté des spécialistes pour traiter les malades et les aider à restaurer les équilibres physiologiques, psychosomatiques et socioculturels rompus. Conceptions de la maladie, élaboration des méthodes prophylactiques, apprentissage des spécialistes, application des thérapeutiques, constituent autant d'éléments du système médical qui sont influencés par les visions du monde, les systèmes de pensée et les modes de vie (Tremblay, 2005 : 7).

Au cours des deux dernières décennies, des travaux comme ceux de Margaret Lock, Sarah Franklin, Emily Martin, Marilyn Strathern, Didier Fassin, Yannick Jaffré ou Jean Pierre Olivier-De-Sardan, ont contribué à cultiver des convergences entre sous disciplines et à enrichir les approches, notamment en interpellant l'anthropologie de la santé sur le rôle des innovations biomédicales (Quet, 2014 : 668). Le recours à l'anthropologie de la santé dans cette thèse permet d'analyser les rapports sociaux entre les usagers de drogues et les soignants dans le cadre de la médicalisation. Il s'agira de décrire les discours et les pratiques de chaque catégorie impliquée dans la relation de soin mais aussi les appréciations du dispositif de traitement à l'œuvre pour les usagers de drogues.

3.5.3. Sociologie du risque

En tant que discipline scientifique, la sociologie s'est intéressée au risque, qui est devenu un thème central dans les travaux de sociologues très influents comme Ulrich Beck (1986), Douglas (1986) et Anthony Giddens (1997), principalement à partir de la conceptualisation des sociétés du risque. Le défaut de consensus social sur le niveau de dangerosité ou sur ce qu'il convient de faire en situation d'incertitude et, en définitive, sur le degré d'acceptation du risque relève de constructions sociales du risque et constituent des défis sociologiques (Pardo, 2002).

Fortement marquée par les grandes peurs contemporaines, la sociologie du risque s'est développée à partir des interrogations provoquées par les catastrophes industrielles, les problèmes environnementaux, et de grandes questions telles que la santé publique, la sécurité des personnes, ou les comportements « à risque ». Elle s'est constituée un cadre d'interrogation qui porte sur la construction du risque et les comportements qui lui sont liés. À travers des concepts comme celui de confiance, elle débouche sur des interrogations sociologiques majeures, concernant l'expérience individuelle et le rôle de la connaissance. Ces interrogations sont organisées par la théorie de la modernité réflexive qui fait du risque une catégorie centrale. Le risque présente également une autre caractéristique importante : il est différencié ou relatif, c'est-à-dire qu'il n'affecte pas identiquement toutes les sociétés ni tous les secteurs et individus d'une même société. Le concept de vulnérabilité est pertinent pour cette analyse. Par

vulnérabilité, nous entendons la capacité d'une société ou d'une partie de la société de se préparer, de survivre, de résister et de se remettre face à l'impact d'une menace. Paradoxalement, les analyses émergentes sur les risques ne tiennent généralement pas compte des relations réciproques entre l'impact technologique et les systèmes sociaux. Elles n'intègrent non plus les constructions symboliques (images, conceptions...) que les personnes élaborent, dans leur vie quotidienne, sur les risques auxquels elles sont soumises, ni la distribution sociale du risque (Pardo, 2002).

Le risque est, pour le sociologue, une entité face à laquelle les individus se projettent de différentes manières. Dans son ouvrage intitulé la *sociologie du risque*, Patrick Péretti-Watel montre que le risque est bien l'objet d'une construction sociale élaborée par les individus. De fait, lorsque le sociologue étudie la manière dont les individus se représentent le risque, le construisent et lui donnent du sens, il observe souvent un déni du risque (Peretti-Watel, 2003).

Une grande partie de la littérature sur le risque distingue le danger du risque. Le danger relève d'une menace quelconque sur les personnes ou sur les choses ayant de la valeur pour les personnes. Alors que le risque est la mesure de la dite menace en termes de probabilité de pertes associées au phénomène qui se présente et de vulnérabilité spécifique à l'élément exposé. On peut aussi évoquer une autre distinction fréquente entre dangers « naturels » et dangers technologiques. Douglas (1986) nous rappelle que toutes les sociétés produisent leur propre sélection (perception) du risque, de ce qui est dangereux ou non et de la manière d'aborder ce danger, précisément pour affronter et donner un sens à sa forme de vie. Certaines sociétés ont mieux réussi que d'autres en termes de survivance et de développement. (Pardo, 2002).

Les travaux sur la sociologie du risque s'intéressent aussi bien grandes menaces planétaires (destruction de la couche d'ozone, effet de serre...) qu'aux comportements individuels qui ponctuent notre quotidien (tabagisme, conduite automobile...) (Peretti-Watel, 2010). L'usage de drogue entre dans cette seconde catégorie en tant que « comportement » ou encore « pratique » à risque. Du risque de désocialisation au risque sanitaire en passant par le risque juridique, les drogues exposent leurs usagers. La référence à la sociologie du risque permet

d'interroger le rapport des usagers aux drogues en analysant les perceptions et les modes de gestion des risques qu'ils perçoivent au quotidien. Elle permet également d'analyser le rapport des soignants à l'interface des usagers de drogues pour voir les risques qu'ils perçoivent dans cette relation ainsi que les moyens mobilisés pour les gérer.

**DEUXIÈME PARTIE CONCEPTUALISATION,
MÉTHODOLOGIE ET ETHNOGRAPHIE DU
MILIEU DES USAGERS DE DROGUES**

CHAPITRE 4

LA MÉDICALISATION : CONCEPT ET MODÈLE D'ANALYSE

Définition

Le concept théorique de médicalisation désigne la *redéfinition d'un problème dans un langage médical* (Bert, 2009). L'un des pionniers de la réflexion sur la médicalisation est sans conteste Irving Kenneth Zola pour qui la médicalisation désigne l'extension de la compétence médicale dans la vie sociale des individus. Elle est perçue comme la prise en charge médicale d'un phénomène qui pourrait avoir été ou qui était auparavant géré différemment, par la religion ou la loi, par exemple (Zola, 1972). À la suite de Zola, Peter Conrad propose une autre définition de la médicalisation qui repose sur deux dimensions que sont la définition et le traitement médicaux. La médicalisation, selon lui, décrit le processus par lequel des problèmes non médicaux deviennent définis et traités comme des problèmes médicaux, généralement en termes de maladie ou de trouble (Conrad, 1999).

4.1. Histoire du concept

Selon Johanne Collin et Amnon Jacob Suissa¹, le concept de médicalisation existe depuis longtemps et a suscité l'intérêt des chercheurs en sciences sociales dès les années 1950, moment où la médecine elle-même est devenue l'un des objets phares de la sociologie des professions (Parsons, 1951 ; Becker *et al.*, 1961 ; Freidson, 1970).

Certains auteurs retracent l'étude de ce qu'on appelle aujourd'hui la médicalisation à partir de l'influence des anti-psychiatres comme Szasz (1960) et Laing (1960, 1961). Ils défendent l'idée selon laquelle des « lentilles psychiatriques » ont été utilisées

¹ Johanne Collin et Amnon Jacob Suissa, « les multiples facettes de la médicalisation », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 25-33, <http://id.erudit.org/iderudit/016048ar>

pour classer et diagnostiquer les sentiments et les comportements de tous les jours comme normaux et de les transformer en maladie psychiatrique. La psychiatrie est perçue durant cette période comme une entité qui participe, au nom de la santé publique, à la définition d'une norme de comportement dans tous les aspects de l'existence. À ce titre, on peut penser aux comportements et/ou aux conditions tels que le tabagisme, la ménopause, les phases de la naissance et de la mort, les relations sexuelles, les dépendances aux psychotropes, etc. (Collin J. et Suissa, 2007).

Plus tard, Ivan Illich (1926-2002) fait émerger le concept de « medicalization of life » qui focalise son attention sur la puissance de l'institution médicale. La médecine, dit-il, peut transformer les gens en patients parce que ceux-ci doivent naître, sont nés, sont en ménopause ou à un autre « âge du risque » (Illich, 1976). Il dénonce avec une puissante critique « le processus par lequel une part croissante des événements, des conditions et des pratiques de la vie sont colonisés, ou sont en voie de l'être, par la médecine (qui) repousse sans cesse ses propres limites territoriales au détriment d'autres institutions et significations sociales » (Panesa et Barras, 2009). Son regard se focalise sur l'impérialisme médical et sur la portée en pleine expansion de l'institution de la médecine (Bell et Figert, 2012). Celle-ci, selon Illich, « ne se contente pas d'annexer une grande partie des catégories du malheur ou de la souffrance de la société contemporaine (mais) contribue à produire elle-même de nouvelles maladies » (Panesa et Barras, 2009 : 36). Pour l'essentiel, la critique d'Illich se focalise sur l'expansion de la médicalisation à tous les aspects de la vie et insiste sur le rôle joué par la médecine et les médecins.

Michel Foucault (1926-1984), lecteur d'Illich, associe à la médicalisation une fonction politique à travers notamment le concept de « biopolitique » (Foucault M., 1974). Il montre le rôle joué par la médecine et en particulier par la psychiatrie dans la normalisation des sociétés occidentales. Selon Foucault, la psychiatrie répond à une fonction prescriptive d'identification des individus dangereux en produisant des figures toujours plus médicalisables ou psychiatisables (« l'anormal », le « délinquant », le « pervers »...) qui n'existaient pas avant. Foucault établit l'existence d'un rapport entre le développement du capitalisme et l'introduction du

biologique² dans les stratégies politiques (Bert, 2009 : 110).

Dans un essai remarquable sur l'œuvre de Foucault, écrivent Collin et Suissa, Di Vittorio montre qu'au nom de l'hygiène publique, un savoir « médicoadministratif » de la médecine s'est développé pour gérer le danger social comme risque pathologique. Dans la mesure où le discours a été axé sur la dangerosité, cette science du danger social a été le tremplin de la médicalisation (Collin et Suissa, 2007 : 26). « Dans la situation actuelle, écrit Foucault, ce qui est diabolique, c'est que, lorsque nous voulons avoir recours à un domaine que l'on croit extérieur à la médecine, nous nous apercevons qu'il a été médicalisé. Et quand on veut objecter à la médecine ses faiblesses, ses inconvénients et ses effets nocifs, cela se fait au nom d'un savoir médical plus complet, plus raffiné et plus diffus » (Foucault, 1976).

En résumé, les années 60 et 70 sont marquées par des courants de pensées contestataires de la psychiatrie (Szasz, 1960 et Laing, 1960 ; 1961), dénonciatrices de « la médicalisation de la vie » (Illich, 1976) et de l'impérialisme médical (Foucault, 1974)³. À cela s'ajoutent d'autres critiques fondatrices d'origine marxiste qui pensent que ce processus a largement contribué à étendre le champ des compétences médicales et féministes⁴ pour qui, la médicalisation est d'abord un indicateur de l'aspect patriarcal de l'institution médicale et de son fonctionnement quotidien. À cette vaste période de réflexion sur la médicalisation va succéder une autre qui

² « Je soutiens l'hypothèse qu'avec le capitalisme l'on n'est pas passé d'une médecine collective à une médecine privée, mais que c'est précisément le contraire qui s'est produit ; le capitalisme, qui se développe à la fin du XVIIIe siècle et au début du XIXe siècle, a d'abord socialisé un premier objet, le corps, en fonction de la force productive, de la force de travail. Le contrôle de la société sur les individus ne s'effectue pas seulement par la conscience ou par l'idéologie mais aussi dans le corps et avec le corps. Pour la société capitaliste c'est le bio-politique qui importait avant tout, le biologique, le somatique, le corporel. Le corps est une réalité bio-politique ; la médecine est une stratégie bio-politique » (Foucault M., 1974).

³ Voir également Waitzkin, 1971; Waitzkin & Waterman, 1974.

⁴ La critique féministe dénonce une médicalisation plus centrée sur le corps et la sexualité de la femme que de l'homme (Bell, 1987a ; Mc Crea, 1983 ; Riessman, 1983). Dans son chapitre intitulé « la petite histoire de la médicalisation de la ménopause », Fatou Sow écrit que « la médicalisation de la ménopause est la continuation logique de la médicalisation de la grossesse, de l'accouchement, de l'enfance, de l'infertilité, de la sexualité, bref du corps et de la sexualité des femmes, phénomène qui a commencé au XIXe siècle » (Sow F., 2009).

entretient le même rapport critique et qui est l'œuvre de sociologues⁵ en général.

Les critiques sociologiques du processus de médicalisation portent de manière plus spécifique sur la question du pouvoir médical. Celui-ci est examiné à partir d'une dénonciation du « lobby médical », mais aussi de la tournure que peut prendre la relation « médecin-malade » qui va jusqu'à se transformer en une relation strictement autoritaire et inégalitaire. « La pratique de l'auscultation médicale matérialise l'aspect inégalitaire et unilatéral d'une consultation où le médecin détient le monopole de la parole vraie sur le corps du patient, prononce des énoncés prescriptifs, commande d'agir d'une certaine manière et dicte une conduite de régime ou de médication » (Bert, 2009).

Dans l'approche sociologique du concept sont également explorés les « moteurs » de la médicalisation. Selon Conrad, le processus de médicalisation repose désormais sur un complexe largement pharmaco-industriel (Conrad, 2005). Comme modalité de contrôle social, la médicalisation est désormais de nature beaucoup plus diffuse qu'antérieurement, puisqu'une diversité d'agents, non plus uniquement des médecins, mais aussi des acteurs relais/moteurs (industrie pharmaceutique, compagnies d'assurances, groupes de patients, État), agissent dans l'acceptation idéologique des valeurs qui sous-tendent le processus de médicalisation (Collin et Suissa, 2007 : 27). La réflexion sur les moteurs de la médicalisation a fait émerger deux concepts : la médication et la pharmaceuticalisation.

La médication traduit le processus qui consiste à faire passer un comportement sous l'emprise de la pathologie et de recourir à un ou plusieurs médicaments pour le traiter. « Les caractéristiques banales du comportement humain, phobie, timidité, manie de rangement, goût pour le jeu de hasard, etc. ont été irrésistiblement entraînées dans le champ de la pathologie avec comme sanction une prescription

⁵ Les premiers éditeurs de la première édition du Manuel de Sociologie Médicale ont listé la médicalisation comme l'une des cinq uniques contributions de la sociologie de la médecine dans la recherche en sciences sociales de la santé et des soins (Bell S.E., Figert A.E., 2012 : 2).

médicamenteuse » (Zarifian, 1998)⁶. Le recours aux médicaments constitue « un élément majeur de la médicalisation définie comme processus d'extension du médical sur le social » (Collin et Suissa, 2007 : 27). Ces considérations autour de la notion font de la médication un outil de la médicalisation à travers laquelle elle s'étend de manière à être plus générale. Dans ce sens, la notion d'automédication est révélatrice. Elle signifie que, par l'usage de médicaments, la médicalisation devient plus généralisée en touchant les absents des services de soins. La médicalisation se décompose alors en trois dimensions : le contact avec les services de soin, le contact avec les médicaments et les deux à la fois. Le processus de médication s'étend à une sphère plus grande que l'emprise médicale par l'action de l'homme lui-même qui trouve dans les médicaments un outil de satisfaction d'autres besoins non-médicaux.

La pharmaceuticalisation est la notion qui se rapproche le plus de celle de médication. Elle désigne, selon Bell, la nécessité de recourir à un traitement ou à une intervention pharmaceutique pour des traitements multiples.

« pharmaceuticalization is the term given to the process by which social, behavioral or bodily conditions are treated, or deemed to be in need of treatment/intervention, with pharmaceuticals by doctors, patients, or both » (Bell, Figert, 2012 : 2).

Conrad la désigne comme un moteur de la médicalisation qui repose sur un complexe largement pharmaco-industriel (Conrad, 2005). Dans son article « The shifting engines of medicalization », il attire l'attention sur le fait que les industries pharmaceutiques ont longtemps pris part dans la production de nombreuses maladies. Il donne l'exemple de la Ritaline, de la méthadone et des traitements psycho actifs qu'il considère comme des éléments du processus de la médicalisation (Conrad, 2005).

Aujourd'hui, la réflexion est tournée vers un processus plus globalisant qui, au-delà de l'emprise médicale, focalise son regard sur la santé : il s'agit de la santéisation.

⁶ Consulté dans l'article « la médication de la société : un exemple de pharmacologie sociale », <http://www.prescrire.org/editoriaux/médication.pdf>, consulté le 23/01/2013 à 14h 11 mn à Dakar.

Elle est définie comme l'extension de la compétence médicale et de son magistère (Fraser, 2013). La notion de santéisation désigne « une idéologie qui déborde le seul champ médical et s'étend à la société tout entière » (Doucet, 2009 : 362). Érigé en système de valeur (Fraser, 2013) d'une part et en « opium du peuple » (Yaya, 2009) d'autre part, la santé est proposée comme un « bien de consommation » (Yaya, 2009).

C'est en prenant conscience, écrit Aïach, du fait que le phénomène appelé jusque-là médicalisation « dépasse très largement celui d'une médicalisation du seul fait de la médecine, qu'il s'avère nécessaire de parler de santéisation ». Ce terme est, selon lui, plus proche de la nature profonde du phénomène. L'auteur pense que l'usage des deux vocables (médicalisation et santéisation) peut permettre d'identifier les deux faces d'un phénomène global. « Il y a d'abord la médicalisation qui se référerait plus au rôle joué par la médecine (en tant que savoir scientifique et en tant que pratique professionnelle) et le système de santé et ce qui se rapporte à des pratiques médicales et paramédicales et profane. Il y a ensuite, la santéisation qui engloberait tout ce qui a à voir avec des préoccupations et des pratiques de professionnel (non-médicaux le plus souvent) et profanes autour de la notion/valeur santé, prise au sens le plus large et proche de celle de beauté, jeunesse et bien-être » (Aïach, 2009 : 84).

Doucet (2009) distingue trois dimensions de la santéisation. La première, elle la nomme « habitudes de vie ». La notion de risque, selon elle, est directement associée aux habitudes de vie. Le régime de vie (activités, sommeil, consommation d'alcool, tabagisme, poids, alimentation), est le premier indicateur de bonnes ou de mauvaises habitudes de vie. La deuxième dimension concerne « la responsabilisation » qui suppose la capacité permanente de l'individu à résoudre ses problèmes de santé. La responsabilisation, selon l'auteure, est intrinsèquement liée au choix des habitudes de vie⁷. La troisième dimension, elle la nomme « l'approche cognitivo-comportementale ». Les sciences sociales ont contribué, selon elle, à faire ressortir ce

⁷ L'auteure attire l'attention sur le fait que le choix des habitudes de vie pèse de façon inégale sur les individus. Des questions d'ordre structurel et culturel sont en jeu lorsqu'il s'agit d'évaluer le risque sanitaire(...). Pour Massé, écrit Doucet, il serait nécessaire d'établir une dialectique entre habitus et réflexivité dans la problématique de la responsabilisation (Doucet, 2009 : 366).

qui est dit normal et anormal dans une société donnée. À partir de là, elle montre que le traitement que l'on fait de telle ou telle maladie relève d'une époque et d'une culture donnée.

4.2. L'autre facette de la médicalisation

À cette période correspondant à la critique de l'impérialisme médical » et à sa fonction de contrôle social en Occident, va suivre une approche moins critique qui décrit une autre facette de la médicalisation. Les critiques se sont longtemps orientées vers les professionnels de soins perçus comme les seuls responsables. L'autre facette de la médicalisation montre que l'expansion du royaume médical ne s'exerce pas sur des corps objets indemnes de « pouvoir ou de contre-pouvoir » (Bert, 2009). Le malade est devenu un consommateur de soin, un collaborateur avec le médecin (Pierron, 2007) et client des services de soins (Crossley, 2006 ; Figert, 2011). La notion anglaise d'empowerment traduit cette implication du malade dans son processus de traitement qui vise à l'aider à renforcer sa capacité à agir sur les facteurs déterminants de sa santé.

En plus de cette notion de collaboration soignant/soigné, les réflexions se sont aussi focalisées sur le pouvoir propre des patients qui peut être mobilisé face à l'autorité médicale. Foucault montre que le pouvoir médical, comme tout autre pouvoir, s'inscrit dans un réseau qui est constitué autant par des stratégies de pouvoir que par des stratégies de contre-pouvoir. Sylvie Fainzang montre, à travers les notions de « self-medication » et de « self-médicalisation », que la médicalisation repose désormais sur un complexe véhiculé par les acteurs eux-mêmes. Elle soutient que le processus qui rend un état physique susceptible d'un traitement médical peut provenir des individus eux-mêmes, comme quand ils pratiquent l'automédication. Selon l'auteure, les malades peuvent agir sans les médecins car « le désir de médicaliser son propre problème peut être observé dans diverses situations où le médecin peut même ne pas avoir été consulté » (Fainzang, 2013).

4.3. Discussion

Le processus historique qui a abouti à la réflexion sur la médicalisation a été analysé par Jacques Léonard pour qui quatre éléments sont responsables de la transformation d'une « médecine-service » à une « médecine-pouvoir » (Bert, 2009 : 108). Le premier est le développement des spécialisations et l'autonomisation progressive des différentes disciplines médicales. Ce changement aurait accéléré, selon lui, un processus plus ancien de fragmentation du corps du patient. En second plan, il évoque la disparition de la tradition hygiéniste, pratique médicale de type préventif, par une médecine qui se définit d'abord par sa fonction réparatrice. Le troisième élément est lié à la question du pouvoir médical et au refus, de la part des médecins, d'accepter un contrôle de leurs activités par un tiers⁸. La dernière explication est d'ordre sociologique ; la médicalisation, selon Léonard, est le produit de la « surconsommation médicale » qui est conséquence de la priorité accordée au nouveau « culte du corps ». Ce dernier pousse les individus à accorder une plus grande importance à leur beauté et à leur santé. Yaya (2009) y ajoute le souhait des gens que la vie dure le plus longtemps possible, voire qu'elle ne finisse jamais. Voilà qui donne plus d'importance à la santé à travers la « quête de pseudo-immortalité et d'éternelle jeunesse », selon l'expression de Bourgault (Yaya, 2009 : 5).

Dans un article paru dans le journal *Le monde diplomatique* en Mars 1999, Illich écrit : « Dans les pays développés, l'obsession de la santé parfaite est devenue un facteur pathogène prédominant. Le système médical, dans un monde imprégné de l'idéal instrumental de la science, crée sans cesse de nouveaux besoins de soins. Mais plus grande est l'offre de santé, plus les gens répondent qu'ils ont des problèmes, des besoins, des maladies. Chacun exige que le progrès mette fin aux souffrances du corps, maintienne le plus longtemps possible la fraîcheur de la jeunesse, et prolonge la vie à l'infini. Ni vieillesse, ni douleur, ni mort. Oubliant ainsi qu'un tel dégoût de l'art de souffrir est la négation même de la condition humaine » (Illich, 1999). Le

⁸ Conrad évoque dans ce sens une « colonisation médicale » sur tous les autres aspects de la vie. Conrad P., 2005 : « the shifting engines of medicalization », *Journal of health et social behavior*, Vol. 46, (March): 3-14.

processus de médicalisation trouve son explication dans une croyance médicale marquée par « une logique symbolique qui joue sur la proximité entre la santé et le salut » (Desclaux, 2010 : 1). Les discours médicaux, écrit-elle, montrent, « sur la base d'une évidence scientifiquement démontrée⁹ », que la formulation en termes de risques favorise la connaissance précise du danger (...) efficiente pour les médecins qui se situent dans une logique utilitariste (Desclaux, 2010).

4.4. Contextualisation du concept en Afrique

Les recherches sur la médicalisation ont été faites, dans leur grande majorité, dans les pays économiquement plus avancés. Ces recherches que nous qualifierons de « critiques » dénoncent une implication autoritaire et générale de la « médecine pouvoir »¹⁰ dans tous les aspects de la vie. En Afrique, où l'ensemble de la population n'a pas accès aux soins, les interventions de santé publique visent plutôt à étendre la médicalisation. L'approche sociologique critique semble peu pertinente dans un contexte marqué par une quête généralisée de traitement, où un certain nombre de problèmes sociaux ou environnementaux, médicalisés dans les pays du Nord, ne le sont pas faute de moyens ou pour des raisons culturelles qui sont entre autres, la précocité des grossesses, la sécurité routière, l'obésité, le tabagisme. C'est aussi le cas des pratiques comme l'usage des drogues qui a longtemps été essentialisé comme cas de « déviance sociale ». Or les sujets consommateurs de drogues à Dakar manifestent le désir de sortir de leur situation et sont dans une quête de soin approprié à leur situation.

⁹ Généralement traduit en anglais par Evidence Based Medicine (EBM) et en français par médecine factuelle, l'expression a été « développée par les épidémiologistes canadiens de la McMaster Medical School. Au début des années 80 en réponse à l'accroissement constant des données publiées qu'il faut assimiler et intégrer à la pratique » Delvenne C. et Pasleau F., 2000 : 226). L'Evidence Based Medicine est « une approche qui s'efforce de fonder, autant que possible, les décisions cliniques sur les données actuelles les plus probantes (preuves) issues de la recherche médicale (...). Dans le cadre de cette démarche, les décisions cliniques peuvent être définies comme un modèle à trois composantes : l'expérience clinique du praticien, les meilleures données actuelles (preuves) de la recherche clinique et les préférences du malade en matière de soin » (Delvenne C. et Pasleau F., 2000 : 226).

¹⁰ L'expression est de Jacques Léonard qui, en analysant la médicalisation, écrivait que « beaucoup d'éléments sont responsables de la transformation d'une médecine-service à une médecine-pouvoir » (Bert, 2009 :108).

4.5. La médicalisation comme modèle d'analyse

Pourquoi l'usage du concept de médicalisation comme modèle d'analyse dans le cadre de cette recherche ? Comment est-il mobilisé pour analyser le processus en cours à propos de l'usage des drogues au Sénégal ?

Halfmann constate, dans la littérature sur la médicalisation, une absence de distinction des dimensions de la médicalisation. Les auteurs, écrit-il, traitent la médicalisation comme une catégorie [un problème (tabagisme, grossesse, prostitution) est médicalisé] plutôt que comme une valeur continue qui se manifeste à certains niveaux et implique des acteurs spécifiques. Halfmann se pose plusieurs questions : quelle typologie peut-on faire de la médicalisation ? À quels niveaux se produit-elle ? Comment apparaît-elle dans les discours et dans les pratiques ? Quels acteurs implique-t-elle ?

Son propos est de faire une typologie qui distingue, par prolongement des travaux de Conrad et de Schneider, trois dimensions de la médicalisation qui correspondent aux discours, aux pratiques et aux identités ; à trois niveaux d'analyse : macro, méso, micro. La dimension conceptuelle concerne l'usage du vocabulaire médical prenant source dans les découvertes de l'élite médicale publiées dans les revues médicales. Elle inclut aussi l'adoption des définitions et explications médicales par des groupes non médicaux. Au niveau institutionnel, certaines organisations adoptent une approche et une définition médicales pour un problème posé. Au niveau micro, dans l'interaction médecin/patient, par exemple, Halfmann montre que le médecin peut traiter un problème social comme une maladie en prescrivant un tranquillisant pour une vie de famille malheureuse.

Halfmann y ajoute deux expansions. Les discours médicaux, écrit-il, sont construits, diffusés et déployés non seulement par les acteurs au niveau macro (universitaires, bureaucrates gouvernementales) mais par les acteurs au niveau micro et méso tels que les administrateurs d'hôpital, le personnel médical de première ligne et les patients eux même. Au-delà de la relation médecin/patient, ajoute-il, le niveau micro peut se produire à travers les interactions des laïcs avec le personnel de l'hôpital et

des cliniques qui ne sont pas seulement des médecins, mais aussi leurs interactions avec d'autres acteurs non médicaux tels que les employeurs, les enseignants, les conseillers.

Le modèle que propose Halfmann permet d'analyser la médicalisation au-delà des frontières biomédicales définie par la relation de soin, les structures de santé et les institutions. Il montre comment le processus peut se déployer et se retrouver chez des acteurs non médicaux tels que les patients, la presse, les institutions. Il propose le cadre analytique suivant.

Tableau 1 : Niveaux et dimensions de la médicalisation et de la démedicalisation

	Macro	Méso	Micro
	Les législations, règles, rapports et débats d'organisations nationales et internationales telles que des bureaucraties gouvernementales, tribunaux, législatures, corporations, marchés, universités, journaux, fondations, organisations à but non-lucratif, et médias.	Énoncés, rapports, publicité et procédures de mission d'organisations locales et régionales telles que des ateliers, hôpitaux, groupes médicaux, cliniques, foyers de soins, écoles, agences de services sociaux, et prisons.	Interactions face-à-face et contact physique entre les fournisseurs (médicaux et non-médicaux) et les clients. Autogestion des clients.
Discours	Vocabulaire, modèles, et définitions biomédicaux – symptôme, syndrome, maladie, contagion, etc.		
Pratiques	Pratiques et technologies biomédicales – contrôles, mesures, normalisation, surveillance, évaluation des risques, couverture d'assurance, examens médicaux, tests de laboratoire, imagerie, hygiène, chirurgie, pharmaceutique, appareils médicaux, etc.		
Identités (et acteurs)	Acteurs biomédicaux individuels et collectifs – médecins, chercheurs biomédicaux, hôpitaux, compagnies d'assurances, groupes médicaux, fabricants de médicaments et d'appareils, faculté de médecine, associations professionnelles, etc.		

Source : Halfmann, 2012

En application au modèle théorique que propose Halfmann, la thèse emploie le modèle d'analyse suivant.

Tableau 2 : Application du modèle de Halfmann à la médicalisation de l'usage des drogues au Sénégal

	Macro	Méso	Micro
	OMS, ONUDC, Ministère de la santé, CNLS, ANRS, Expertise France, IRD	CRCF, CTA, Centre d'accueil, ONG, CPIAD, Associations, ateliers de formation ESTHER, rapport de mission	Interaction Médecins/UDI Interaction Outreach/UDI Interaction UDI/UDI Interaction UDI/Famille
Discours	Réduction des Risques, problème de santé publique, groupe à risque, vulnérabilité, toxicomanie, sevrage, substitution, dépendance, malade, addiction, prévalence, partage seringues/paille/pipe, méthadone		
Pratiques	Enquête de prévalence, Réduction des risques, examens médicaux, consultation, élaboration support de communication, programme d'échange de seringue, sorties équipe de terrain		
Identités (acteurs)	Médecins, pharmaciens, paramédicaux, équipe de terrain, responsables UDSEN, partenaires, acteurs des centres d'accueil, associatifs, force de l'ordre et de sécurité		

Ce modèle permet de circonscrire l'analyse de la médicalisation de l'usage de drogues en décrivant des dimensions ciblées (discours et pratiques) auprès des acteurs immédiats concernés ou impliqués dans le processus. Les différents niveaux (macro, méso, micro) d'analyse permettent de voir comment les normes de traitements recommandées au niveau macro sont véhiculés par le niveau méso et mis en œuvre au niveau micro. Ils permettent aussi de voir comment les discours forgés au niveau macro sont appropriés et reproduits au niveau méso et micro. L'emploi du concept permet aussi de décrire ce qui subit la médicalisation et ce qui lui résiste (langage, pratiques, etc.). Il permet aussi de voir les effets sociaux et la manière dont les usagers de drogues les perçoivent.

CHAPITRE 5

LE CONCEPT DE DÉVIANCE

Introduction

Est-il approprié, en sciences sociales où les jugements de valeurs sont en contradiction avec la « neutralité axiologique du chercheur », de parler de déviance ou de traiter quelqu'un de déviant ? Que doit comprendre le lecteur quand l'homme de science fait la distinction entre « ce qui est bien » et « ce qui est mal » (Becker, 1985) ou entre « le normal » et le « pathologique¹ » (Durkheim, 1981). « La science dispose-t-elle de moyens qui permettent de faire cette distinction ? » (Durkheim, 1986 : 47).

L'ouvrage d'Émile Durkheim intitulé *Les règles de la méthode sociologique*, notamment dans son troisième chapitre titré « Règles relatives à la distinction du normal et du pathologique », dévoile son importance quant à la réponse à ces questions. Il semble également important car il pose d'abord les fondements du concept de déviance et aussi le rapport du chercheur à l'objet qu'il étudie. Selon l'auteur, le bien et le mal n'existent pas aux yeux de la science.

« Elle ne connaît que des faits qui ont tous la même valeur et le même intérêt ; elle les observe, les explique mais ne les juge pas » (Durkheim, 1981 : 47).

L'auteur fait émerger une démarche qui impose un certain rapport de neutralité à l'objet. Le sociologue ne montrera pas, dit-il, que tel événement affaiblit effectivement l'organisme social, mais qu'il doit avoir cet effet. Durkheim propose que l'homme de science recherche les signes extérieurs, immédiatement perceptibles qui permettent de reconnaître les caractéristiques particulières d'un fait. La lecture de Durkheim permet de régler la question de la posture épistémologique qu'ont fait émerger les questions précédemment posées. Puis, en traitant des signes extérieurs du

¹ Je ne parle pas particulièrement de médecine je n'aborde donc pas l'œuvre de Canguilhem, épistémologue de la médecine, philosophe des sciences, qui a écrit un ouvrage intitulé « Le normal et le pathologique ».

normal et du pathologique, Durkheim pose les fondements de la réflexion sur la déviance, notamment des faits qui pourraient être ainsi traités².

Durkheim considère qu'un fait est normal lorsqu'il se rencontre de manière générale dans une société, à une certaine phase de son évolution. Il écrit « un fait social est normal pour un type social déterminé, considéré à une phase déterminée de son développement, quand il se produit dans la moyenne des sociétés de cette espèce, considéré à la phase correspondante de leur évolution » (Durkheim, 1981 : 64). La généralité est la caractéristique première du normal. Durkheim applique sa règle sur le crime, dont le caractère pathologique paraît incontestable, pour montrer qu'il est un fait normal. Qu'en est-il de la déviance ? Est-ce un fait normal ou pathologique ? Quelle sont les caractéristiques extérieures qui permettent de la reconnaître ? Comment peut-on définir la déviance ?

Peu à peu, après Durkheim, se sont constitués trois cadres d'analyse : le fonctionnalisme, le culturalisme et la théorie de la désignation, pour traiter de la délinquance³. Mais la principale ligne de fracture sépare les théories causales (fonctionnalisme et culturalisme) et les théories compréhensives (désignation) de la déviance. Les premières entendent expliquer des comportements déjà qualifiés en tant que crimes ou délits, sans se prononcer sur leur nature ou sur leur sens. En revanche, les secondes cherchent à rendre compte des procédures utilisées pour qualifier un acte de déviant et en attribuer la responsabilité à son auteur (Quemin, 1996).

² « En osant s'interroger sur ce qui distingue le normal du pathologique et en se demandant si le crime constitue un phénomène anormal, écrit Quemin A. (1996), Durkheim a ouvert un tout autre domaine à l'investigation, visant à comprendre le crime et non plus à l'éradiquer au nom de son anormalité. Il a ainsi posé les bases d'une sociologie de la déviance ».

³ Plus tard, le structuro-fonctionnalisme trouve l'explication de la déviance dans le dysfonctionnement de la société. « On se demande quelle y sont les fonctions essentielles qui doivent être remplies pour que la société existe, se maintienne et se perpétue. C'est la recherche de ce qu'on a appelé les prérequis » fonctionnels. (Rocher G., 1975).

5.1. Définition de la déviance

S'il y a une chose sur laquelle les chercheurs sur la déviance sont unanimement d'accord, c'est la difficulté qu'il y a à définir ce concept. Ceci explique la dynamique qu'ont connue les tentatives de définitions. Dérivé de *dévier*, emprunté au latin *deviare* « s'écarter du droit chemin », la déviance peut être définie comme « un comportement qui s'écarte d'une norme, en particulier, d'une norme juridique » (Lebaron, 2014 : 87). Dans un sens plus large, Akoun et Ansart écrivent : « sachant que toute collectivité sociale est associée à un répertoire de représentations et de comportements explicitement prescrits, recommandés, désapprouvés ou prohibés, donc à des normes plus ou moins contraignantes, plus ou moins nouées à des sanctions positives (approbation tacite, éloge, récompense...) ou négatives (signe de réprobation, raillerie, demande d'excuse ou de réparation, châtement corporel...), la *déviance* peut se définir – par opposition à la *conformité* – comme transgression des normes, violation des interdits, manquement aux obligations ou, du moins, adoption de postures contrevenant aux usages, esquivant ou défiant les injonctions des foyers d'autorité, déjouant les attentes de l'entourage. » (Akoun et Ansart, 1999 : 145). Plusieurs caractéristiques ont été proposées pour reconnaître un acte déviant : indicateur statistique, pathologique, social, sociologique... La revue de ces différents indicateurs permet de voir comment la définition de la déviance a évolué.

5.1.1. Conception statistique

La normalité et la déviance, écrit Cusson (1992 : 9), sont des notions qui véhiculent un sens statistique. Les conduites normales sont fréquentes et les actes déviants sont rares. La distinction est nette à ce niveau et ne semble pas susciter d'équivoque. Cusson revient sur l'analyse de Wilkins qui a représenté la distribution des conduites morales sur une courbe de Gauss. « À une des extrémités de la distribution, est représenté un tout petit nombre de conduites criminelles (ou mauvaises, condamnables, perverses, etc.), à l'autre extrémité, se trouve une très faible quantité de conduites extrêmement bonnes, vertueuses, admirables. Au centre, se dresse la masse des conduites ordinaires, ni très bonnes ni très mauvaises (Cusson, 1992 : 9).

À ce niveau, l'approche statistique selon laquelle les actes déviants sont rares devient équivoque. Sur la courbe de Gauss, deux types d'actes rares se présentent : criminels d'une part et extrêmement vertueux d'autre part. Ils sont alors des conduites rares, donc, « déviantes » par rapport à la masse de conduites ordinaires qui seraient « normales » car fréquentes. Comment comprendre qu'un acte vertueux, admirable soit « déviant » ? Quelle serait alors la norme à partir de laquelle on juge un acte ? En tout état de cause, cette approche statistique laisse non résolues au moins deux choses : le repère à partir duquel un acte prend la caractéristique de normal et, par voie de conséquence, les conduites qui peuvent être ainsi considérées.

La conception développée dans l'ouvrage de Becker selon laquelle « est déviant ce qui s'écarte par trop de la moyenne » (Becker, 1985 : 28) répond, à moitié, aux questions soulevées par la première approche. Appliquée à la courbe de Gauss, cette définition permet de situer les actes qui peuvent être traités de déviants. Ils se situeraient à l'une des extrémités de la courbe. La définition est cependant équivoque car elle est valable dans les deux sens. En effet, les actes vertueux et les conduites criminelles sont à équidistance de la moyenne. Il est difficile de dire, suivant cette conception statistique, laquelle des conduites est déviante. « Armé d'une telle définition, écrit Becker, l'enquêteur rapportera un peu de tout : des obèses et des grêles, des meurtriers, des roux, des homosexuels et des conducteurs en infraction » (Becker, 1985 : 29). Bref, la définition statistique de la déviance, loin de régler la question, la rend plus complexe.

5.1.2. Conception du pathologique

Une autre approche, « reposant à l'évidence sur une analogie médicale, définit la déviance comme quelque chose d'essentiellement pathologique, qui révèle la présence d'un mal » (Becker, 1985 : 29). Cette définition fait émerger l'idée de médicalisation qui a souvent été critiquée en science sociale. La médicalisation est un lieu où les définitions de la maladie n'ont cessé d'évoluer. Elles ont intégré plusieurs aspects de la vie en élargissant de plus en plus le sens de la maladie. Tout d'abord, écrit Becker, la maladie signifiait « un état de désordre structural ou fonctionnel du

corps humain en tant que machine physico-chimique ». Puis, l'intérêt et l'attention du médecin se sont tournés vers « l'incapacité et la souffrance choisies comme nouveau critère de sélection ». Ensuite, pour ratisser large, la qualification de maladie est attribuée à tout ce qui présente un signe de « dysfonctionnement par rapport à n'importe quelle norme » (Becker, 1985 : 30).

La métaphore médicale, à l'instar de la conception statistique, met dans un ensemble plusieurs types de comportements dont certains pourraient être perçus comme non pathologiques par leurs acteurs. Faudrait-il aussi que l'acteur lui-même se retrouve dans cette catégorie de malades. Si cette analogie à la maladie devrait s'appliquer, elle serait une catégorie fourre-tout où on trouverait les tuberculeux, les cancéreux, les pratiquants d'inceste, les « pick pocket », les sécheurs de cours, etc. Vouloir mettre tous les cas de « déviance » dans un même paquet et les catégoriser de maladie revient à situer la source du « mal » à l'intérieur de l'individu. Cette définition ne prend en compte ni la perception de l'acteur des actes ainsi définis, ni la réaction des autres.

5.2. L'acteur d'actes dits « déviants »

« Il importe d'abord de souligner qu'il existe une gradation dans l'univers de la déviance allant du parfaitement volontaire à l'involontaire. En s'inspirant de Merton (1971, pp. 829-831), de Moscovici (1976) et de Montanino et Sagarin (1977), on peut distinguer quatre catégories de déviants allant du plus au moins volontaires.

1/ Les déviants sous-culturels. Merton parle à ce propos de non-conformistes et Moscovici de minorités actives. Nous sommes ici en présence d'individus qui mettent systématiquement en question la légitimité des normes qu'ils violent.

2/ Les transgresseurs : ils sont des déviants qui violent délibérément une norme dont ils reconnaissent la validité. Ils n'agissent pas par principe mais par intérêt, par opportunisme, ou encore ils se laissent emporter par la passion ou la concupiscence.

3/ Les individus qui ont des troubles de comportement. On entre ici dans une zone intermédiaire où le caractère volontaire de l'acte n'est ni acquis ni exclu.

4/ Les handicapés. On quitte le domaine de l'action volontaire quand on traite des sourds, des aveugles, des bossus, des paraplégiques, des débiles et des malades mentaux dont le trouble résulte d'une lésion organique.

Cette distinction permet de voir que la concentration des actes dits « déviants » dans la catégorie des maladies n'est pas objective. Elle est plutôt une caractéristique imposée de l'extérieur à l'individu. Mais, écrit Becker, l'individu qui est étiqueté comme étranger peut voir les choses autrement. Il se peut qu'il dénie à ceux qui le jugent la compétence ou la légitimité pour le faire. Cette critique aboutit à la question de savoir qui juge ? Sur quel critère fonde-t-il son jugement ? La réflexion sur la réaction sociale y apporte quelques éléments de réponse.

5.3. Constructions et réactions sociales

La plupart des auteurs comme Douglas et Walker soutiennent que la déviance est le fruit des construits sociaux. Selon eux, nul comportement n'est intrinsèquement déviant ; il ne le devient que si on décide de lui apposer cette étiquette. Un groupe en position de force isole un acte, il le reconstruit de telle manière qu'il apparaît répréhensible ou pathologique et, au bout de la ligne, on obtient une perversion, un crime, une immoralité sexuelle, une toxicomanie, etc. (Cusson, 1992 : 13). De ce fait, écrit Becker, la déviance n'est pas une qualité de l'acte commis par une personne mais plutôt une conséquence de l'application par les autres, de normes et de sanctions, à un « transgresseur ». Compris dans ce sens, il se peut qu'un individu commette un viol sur mineur sans qu'il ait à subir des sanctions parce que personne ne sait. Ce même acte sera puni si son acteur est accusé. La réaction des autres est, selon cette définition, primordiale.

Selon Cusson, la plupart des sociologues de la déviance (Goffman, Becker) ont été conduits à voir la réaction sociale avec les yeux des déviants qu'ils étudiaient. Un bon nombre d'ouvrages en sociologie de la déviance sont fondés sur des entrevues réalisées auprès de délinquants, d'homosexuels, de prostituées, etc., et tentent de présenter leur vision des choses. Dans ces conditions, il n'est pas très surprenant que les sujets ainsi étudiés soient présentés en termes soit sympathiques, soit neutres. Quand vient le moment de décrire la réaction sociale, les jugements de valeur fusent : elle serait gratuite, partielle, subjective, discriminatoire, répressive, intolérante. (Cusson, 1992 : 16). Comme le souligne Gassin, en criminologie, cette attitude aboutit à une banalisation du crime et à une dramatisation de la réaction sociale. (Cusson, idem). La question de la neutralité de l'homme de science par rapport à son objet est ici posée. S'agit-il cependant d'absence de neutralité ou d'une découverte de caractéristique jusque-là inconnue d'une catégorie que l'on traite si facilement de déviant ? La conception sociologique pour sa part se veut relativiste.

5.4. Approche sociologique

Dans l'approche sociologique du concept, la référence est souvent faite à la définition durkheimienne de la déviance⁴ comme un acte qui offense les états forts et définis de la conscience collective (Durkheim, 1986). La déviance est alors l'ensemble des conduites et des états que les membres d'un groupe jugent non conformes à leurs attentes, à leurs normes ou à leurs valeurs et qui, de ce fait, risquent de susciter de leur part réprobation et sanctions (Cusson, 1992 : 7). La sociologie de la déviance regroupe l'étude des phénomènes délinquants et, plus largement, de toute forme de pratique qui s'écarte des normes propres à un groupe social ou à une société particuliers (Lebaron, 2014 : 87). La conception sociologique définit la déviance par le défaut d'obéissance aux normes du groupe (Becker, 1985 : 31).

⁴ « Dans la terminologie de la sociologie de la déviance, écrit Ndiaye, la logorrhée des penseurs du social veut que la déviance, la délinquance, en un mot le crime, soit défini comme tout acte, tout fait (réel ou symbolique), qui offense la conscience collective et est, par voie de conséquence, socialement réprimé. » (Ndiaye, 2014 : 64)

Cependant, écrit Cusson (1992 : 8), l'univers normatif d'un groupe n'est que rarement un ensemble homogène et aisément repérable. Si certaines normes sont incontestées, d'autres sont acceptées par les uns et récusées par les autres. Qui plus est, une société comporte plusieurs groupes, chacun avec son propre système de normes et les individus appartiennent simultanément à plusieurs groupes. Une personne peut transgresser les normes d'un groupe par une action qui est conforme à celles d'un autre groupe (Becker, 1985 : 32).

En conclusion, il a fallu faire tout un travail de construction-déconstruction-reconstruction pour poser une définition de la déviance. Celle-ci ne s'intéresse pas seulement à l'acte en tant que tel, ni non plus à la manière dont les autres réagissent. Elle est construite à partir de ces deux dimensions. La définition de Becker, qui semble la plus appropriée, conçoit la déviance comme le produit d'une transaction effectuée entre un groupe social et un individu qui, aux yeux du groupe, a transgressé une norme (Becker H., 1985 : 33). Cette définition met en avant la relativité de la déviance.

5.5. La relativité de la déviance

Plusieurs indicateurs de relativité de la déviance sont évoqués dans la littérature sur la déviance. Becker (1985) en distingue au moins quatre. Tout d'abord, il y a la variation dans le temps. Celui qui est réputé avoir commis un acte « déviant » déterminé peut être traité avec plus d'indulgence à un moment donné qu'il ne l'aurait été à un autre. Puis, la tendance à traiter un acte comme déviant aussi des catégories respectives de celui qui le commet et de celui qui s'estime lésé par cet acte. Ainsi, dans une société où le suicide est réprouvé, écrit Cusson, il pourra cependant arriver qu'un capitaine qui a accepté de périr lors du naufrage de son navire soit décoré à titre posthume (Cusson, 1992 : 10). Ensuite, il y a des normes que l'on ne fait appliquer qu'en fonction des conséquences. Vincent fait remarquer que ceux qui se livrent à des relations sexuelles illicites s'attirent rarement une punition sévère. Toutefois, si la jeune fille se trouve enceinte, la réaction la plus probable de la part

des autres est la réprobation (Becker, 1985 : 37). Enfin, les normes officielles que font appliquer les groupes spécialement constitués à cet effet peuvent différer de celles que la majorité des gens estiment être réellement appropriées. Olivier de Sardan montre que les comportements réels ne sont pas simplement des déviations par rapport aux normes officielles, ils relèvent en d'autres normes, non dites, latentes, que l'on appellera normes pratiques (Olivier de Sardan, 2003 : 269).

Au-delà de ces indicateurs, il y a celui que nous appelons « la subjectivité de l'accusateur ». Certaines personnes peuvent partager avec un groupe certaines valeurs et normes qui prohibent le travail du sexe par exemple. Elles peuvent refuser de reconnaître cette « déviance » dans certains cas. La maman X traiterait délibérément de « déviante » la fille de Y dénommée Y' qui est travailleuse du sexe. Mais, aurait-elle cette même attitude face à X' qui est sa fille et qui est travailleuse du sexe ? Ne chercherait-il pas, dans un contexte sénégalais, à expliquer cela par un sort et à l'aider à « guérir » ? Cela montre que la relativité se manifeste aussi au niveau de « l'accusateur de déviance ». Cette approche permet de replacer le « jugement » au niveau de l'indexeur. Cette approche se veut complémentaire aux précédentes dans l'explication de la relativité de la « déviance » qui met en avant soit l'individu indexé à tort ou à raison, soit l'évolution du jugement dans le temps, soit la subjectivité des normes.

Selon Groenemayer, quels que soient les arguments explicatifs du changement des représentations du comportement déviant, il est manifeste que l'adoption et l'acceptation générale des divers modèles de la politique du comportement déviant se construisent sur des orientations culturelles fondamentales et spécifiques qui légitiment cette politique (Groenemayer, 2008). Il propose le modèle suivant qui, selon lui, permet de comprendre les fondements culturels de l'approche répressive des politiques sur la déviance.

Tableau 1 : Représentations de la déviance et développement de la société.

Tableau II: Représentations de la déviance et développement de la société.

	Péché/ infraction morale	Décision libre rationnelle	Maladie/ désavantage	Domage/ risque
Contrôle social	Condamnation/ morale/pénitence	Dissuasion et revanche	Discipline et inclusion	Gestion de risque et exclusion
Image de l'ordre social	Intégration culturelle-religieuse et communautaire	Intégration du marché	Intégration politique sociale et du marché	Intégration du marché
Idéologie politique	Conservateur	Libéral	Social-démocrate	Néo-libéral ? Postmoderne ?
Image de l'État	Autoritaire	Libéralisme	État-providence/ État d'intervention	État de régulation
Discours scientifique	Religion/ décadence de valeurs morales	Théorie économique/ choix rationnel	Positivisme biologique et psychologique/ anomie, désorganisation	Activité de routines/ crimes de carrière/ opportunités criminelles/ contrôle de soi

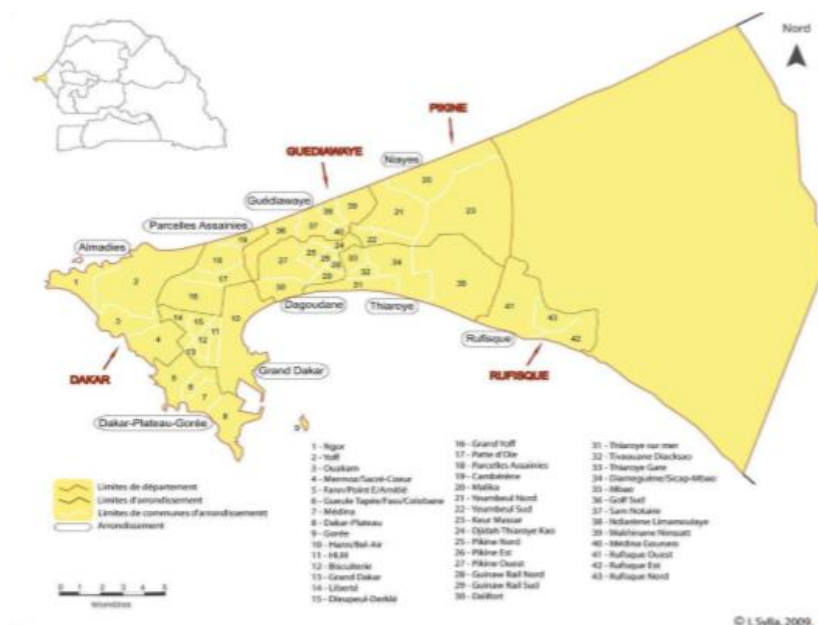
Source : (Groenemayer, 2008)

CHAPITRE 6

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET PROFIL DES PERSONNES ENQUÊTÉES

Introduction

Les investigations pour la thèse ont commencé en 2012 après une première recherche menée en 2011 sur le rapport soignant/usagers de drogues dans le cadre de notre master 2 en socio-anthropologie. Toutes les enquêtes se sont déroulées dans la région de Dakar, capitale du Sénégal.



La présentation des profils est faite en fonction des catégories de personnes interviewées en entretiens formels. Le lecteur de la thèse verra d'autres données issues d'observations directes lors des sessions de formation organisées dans le cadre de la mise en place du dispositif de traitement des usagers de drogues. Il verra aussi des données issues d'observations de rencontre entre usagers de drogues qui sont présentées sans identification individuelle mais qui donne des détails sur la catégorie de personne qui parle.

Par exemple, dans une formation pour les forces de l'ordre, les paramédicaux et les médecins, lorsqu'un individu parle, il sera identifié en fonction de son appartenance à l'un des trois groupe. Le lecteur verra ainsi écrire « selon un

médecin », « selon un paramédical » ou « selon un agent des forces l'ordre » en rapport avec la personne qui parle dans la formation. S'il s'agit d'un groupe de parole chez les usagers de drogues par exemple, avec la présence d'un assistant social et d'un médecin, le lecteur lira « selon un usager de drogues », « selon un assistant social » ou « selon un médecin », en fonction de celui qui s'exprime pendant la séance.

6.1. Les sites d'observation

Les observations ont eu lieu dans 3 sites à Dakar. Les premiers sites d'observation ont été le Centre de Recherche et de Formation Clinique (CRCF) et le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de l'hôpital de Fann. Le CHNU de Fann comporte trois structures de référence en matière de recherche médicale et de prise en charge du VIH. Il s'agit du service des Maladies Infectieuses (SMI) implanté en 1960, du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) ouvert en 1998 et du Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge clinique (CRCF) concrétisé en 2005 (Couderc M., 2011). Les activités qui s'y déroulent (traitement des PVVIH, recherche clinique entre autres), mettent les soignants en relation avec plusieurs groupes *vulnérables* tels que les TS et les MSM qui ont longtemps fréquentés le CTA et le CRCF. Le personnel de santé y a une certaine expérience avec les groupes socialement stigmatisés.

Le Centre de Prise en Charge Intégré des Addictions (CEPIAD), inauguré en 2014, e qui fait l'objet d'une présentation détaillée plus loin, est aussi un site d'observation pour cette thèse. Le dernier site d'enquête, nous l'appelons le *milieu* des usagers de drogues. Il n'est pas circonscrit dans un espace commun mais composé de plusieurs espaces qui font l'objet d'une présentation plus loin.

6.2. Le recueil des données

Les données qui servent de base à cette thèse ont été collecté en plusieurs étapes avec des outils et des populations diversifiées. Les premières enquêtes ont eu lieu en 2011 auprès des soignants du CRCF et du CTA avec qui des entretiens approfondis ont été menés. Puis, une enquête dans le milieu des usagers de drogues a été faite avec le

concours de l'équipe de terrain du projet UDSEN.

En 2013, une seconde enquête par entretiens approfondis a été réalisée auprès des usagers de drogues à Dakar. La méthode de contact par un ancien usager de drogue, membre de l'équipe de terrain, a été utilisée dans un premier temps pour rencontrer et expliquer l'objet de notre thèse. Puis, par la méthode du contact direct, nous avons rencontré des usagers de drogues en diversifiant les contacts selon les critères d'ancienneté, de sexe, de niveau d'étude, de modes de consommation.

Au cours de cette même année, les investigations ont ensuite ciblé les associations des groupes dits *clés* (2 associations de MSM, 1 association de lesbiennes, et une association de TS). 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 *groupes clés*. Les enquêtes par entretiens approfondis auprès de ces populations avaient pour objet de décrire la constitution d'associations de groupes dits « vulnérables » incluant leur genèse, les acteurs impliqués, leurs objectifs ainsi que leurs contraintes de mise en œuvre et de fonctionnement. Les investigations ont également ciblé 2 ONG qui exercent dans le domaine des drogues (le centre Jacques Chirac en Banlieue et l'ONG Jamra en milieu urbain). Les enquêtes à ce niveau ont permis de renseigner sur le dispositif en œuvre à Dakar pour le traitement des usagers de drogues depuis plusieurs années. Enfin, le Comité Interministériel de Lutte contre les Drogues (CILD) a été investigué pour décrire le contexte juridique de l'usage des drogues.

En 2015, après l'ouverture du CEPIAD en décembre 2014 jusqu'en octobre 2016, des observations y ont été menées sur des activités telles que les ateliers d'expression artistique, de jardinage, d'élevage, de teinture et des groupes de discussion appelé « club méthadone ». Celui-ci est une activité au cours de laquelle, les usagers de drogues s'expriment sur un aspect de leur traitement en présence des soignants, animé par un pair usager de drogue. En plus de ces observations, des entretiens ont été faits auprès d'une dizaine d'usagers de drogues pour renseigner leurs appréciations sur le CEPIAD.

Les données qui servent de base à cette thèse sont aussi issues de recension des

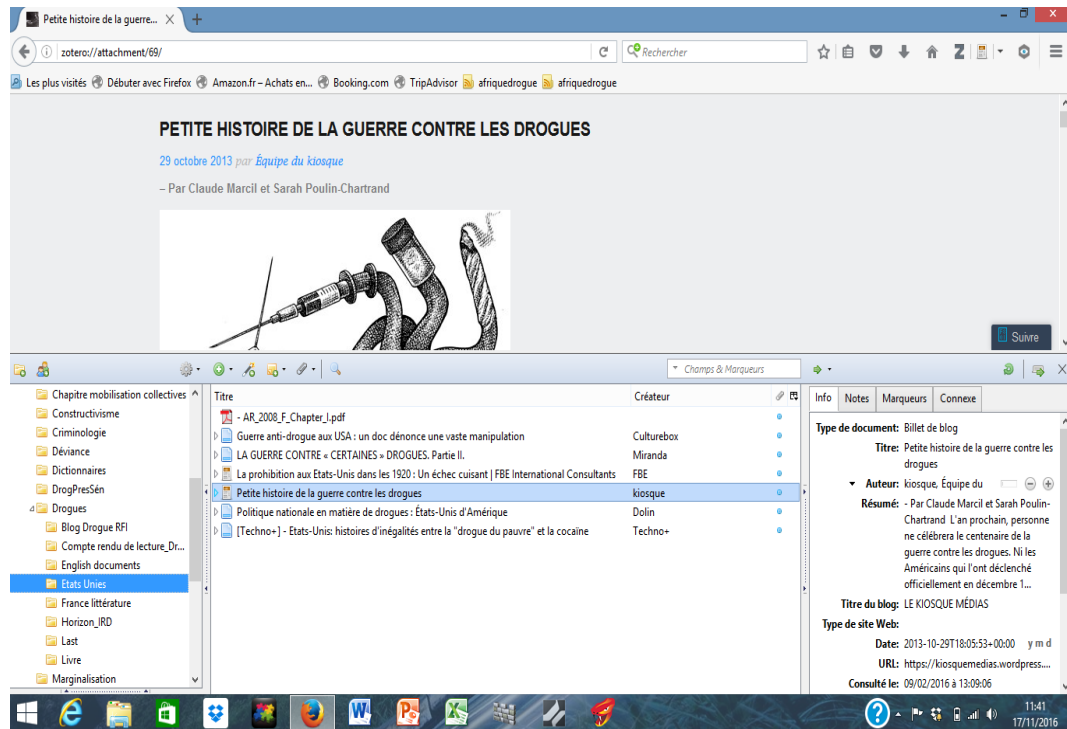
données de l'enquête UDSSEN.

6.3. La recherche bibliographique

Les documents scientifiques utilisés dans cette thèse sont issus de recherches documentaires aux niveaux de la bibliothèque centrale de l'UCAD, de la bibliothèque du GRECS (MMSH, Aix-En-Provence), investie en 2011, de la bibliothèque de la MMSH (Marseille), de la Bibliothèque Alcazar (Marseille). Des revues en ligne présentées en référence ont aussi été visitées. Les recherches documentaires ont porté sur les thèmes des drogues, de la médicalisation et de la déviance particulièrement. Des thèmes connexes ont aussi été investigués comme la Réduction des Risques, la marginalité, l'auto-support, etc.

La revue de la littérature a été organisée grâce à un logiciel de traitement dénommé Zotéro. Il permet d'importer des documents en ligne dans une base de recherche créée au préalable et organisée en plusieurs thèmes. Le logiciel permet aussi de faire des appels à auteur dans le texte et d'établir une liste des références à partir des documents cités dans la thèse. Le logiciel propose plusieurs méthodes de référencement des documents ; dans le cadre de la thèse, nous avons utilisé la méthode de la Revue Française de Sociologie. Avec cette méthode, les références dans le texte sont présentées selon la formule *auteur, date* entre parenthèse ; exemple (Zola, 1995).

Figure 5 : présentation de l'interface du logiciel Zotéro

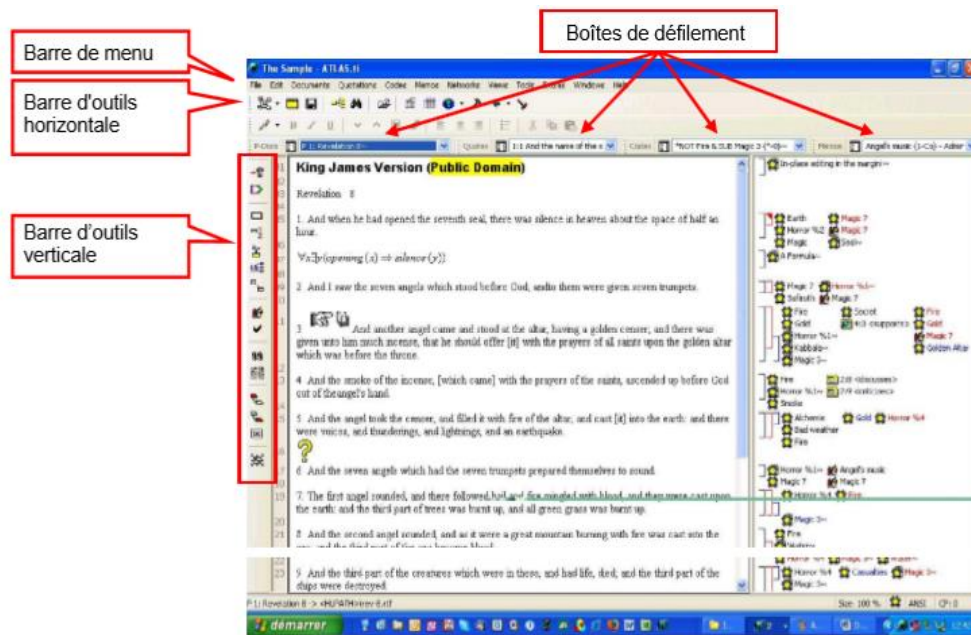


6.4. Le traitement des données

Les informations recueillies lors des entretiens avec les différentes populations ont été retranscrites puis nettoyées (précisions sur les conditions de réalisation de l'entretien, vérification de l'orthographe et la forme, résumé des thèmes mis en lumière). Nous avons créé des codes pour chaque entretien dans le but de les rendre anonymes. Les codes, composés de plusieurs indicateurs séparés par « le tiret du 8 », permettent une identification rapide de l'interviewé. Les composantes en sont : Mois_Année_Partie de la thèse_Type de drogue utilisée_Mode d'usage_Sexe_Age_Pseudonyme.

L'analyse des données a été faite avec l'usage du logiciel Atlas Ti, version 7.5.7. Ce logiciel permet d'abord de créer une base de données par l'importation des entretiens issus de l'enquête, de les codifier par une démarche inductive (codification au fur et à mesure de la lecture des entretiens), ou déductive (liste ou livre des codes créé au préalable). Il permet aussi de faire des requêtes, après la codification, pour avoir toutes les données collectées sur un code précis.

Figure 6 : Présentation de la fenêtre principale d'Atlas



6.5. La méthode d'intégration du milieu des usagers de drogues

Notre intégration dans le milieu des usagers de drogues a été facilitée par un « relais » (M) ancien usager de drogues et membre de l'équipe de terrain dans le projet UDSSEN. Il a séjourné en Europe où il a commencé une carrière de consommation de drogues en France puis en Hollande. Il rentre au Sénégal vers les années 1990 et s'installe à la Médina où il vit avec sa famille. Il fréquente le milieu de l'usage des drogues à la Médina sans reprendre sa consommation d'héroïne qu'il avait arrêté en Hollande. Il a été le premier relais que l'équipe du projet UDSSEN a rencontré pour l'exploration du terrain. Je l'ai connu et sympathisé avec lui lors de mes observations de la mise en place du dispositif de prise en charge des usagers de drogues en 2011, après l'enquête UDSSEN.

Au moment de faire mon incursion dans le terrain des usagers de drogues, je lui ai expliqué ce que je fais et les raisons pour lesquels je dois m'entretenir avec les usagers de drogues. Ouvert d'esprit, il était content à l'idée que les usagers de drogues vont s'exprimer et partager leurs expériences.

Les premiers jours de notre terrain avec lui, il nous a fait rencontrer des usagers de drogues à qui il m'a présenté comme étudiant en sociologie qui écrit un mémoire sur

les usagers de drogues. Le constat était le même : tous les usagers rencontrés ont apprécié le projet d'écrire sur leurs expériences pour la première fois. Ils ne manquaient de prier pour moi et de m'encourager en disant que je ferai un bon travail car leurs expériences sont riches et intéressantes à décrire.

Le milieu des usagers de drogues n'est ni homogène ni fixe pour s'offrir à une observation simple. Les lieux du trafic fréquenté par les usagers de drogues sont nombreux et répartis dans plusieurs quartiers de Dakar. Les débuts de nos observations ont aussi été le moment, toujours en compagnie de M. qui faisait ses sorties dans le cadre de son travail de terrain, de fréquenter plusieurs milieux. Nous y avons rencontré des usagers de drogues en fonction des heures d'arrivée et de la disponibilité des drogues dans ce lieu. M. nous présente toujours aux personnes rencontrées et nous discutons avec elles sur leur quotidien. Plus tard, les usagers avec qui nous nous étions assez familiarisés nous appelaient par les noms de « chercheur » ou « l'étudiant ». Au bout de plusieurs semaines d'observation/intégration, nous commençons les entretiens formels avec des personnes que nous avons déjà identifiées.

La question à laquelle j'ai répondu à tous les interviewés est celle de la finalité des enquêtes. L'entretien est un moment où chaque usager se fait sa propre idée de l'objectif de ma recherche. Pour certains, notre recherche avait pour objet de trouver une explication aux causes de leur entrée dans la consommation de drogues. Ce moment où l'usager de drogues se prête à l'observation est le lieu pour lui, de faire une auto-analyse des causes de sa consommation de drogue, en cherchant, dans les questions que nous posons, les éléments de réponse. « J'ai été beaucoup choyé », « j'ai connu des ruptures sociales », disent-ils souvent, pour expliquer les causes de leur usage de drogues.

Pour d'autres, l'enquête socio-anthropologique avait pour objet de comprendre le phénomène de la consommation de drogues en vue de sensibiliser les jeunes. Cette perception apparaissait dans les propos suivants : « si j'avais les informations qu'il fallait sur les drogues et leurs effets, jamais je n'en consommerai » ; « le travail que vous faites est important car cela permettra aux jeunes de ne pas consommer les drogues dures ». Plus, dans l'idée que mes enquêtes servent à la sensibilisation, un usager attire notre attention ainsi : « je voulais te dire une chose, je crois qu'il y a un

effet secondaire dans la sensibilisation. Est-ce que en voulant sensibiliser les jeunes en leur parlant des drogues dures tu ne risques pas de pousser certains d'entre eux à en consommer pour découvrir ? Il faut bien y penser ».

L'entretien est ainsi un moment où chaque partie (enquêteur et enquêté) se projette et se fait des idées sur l'objectif de chaque question posée et donc, y répond par rapport à sa propre projection. Quelle que soit l'explication donnée au début de l'entretien, le chercheur ne peut empêcher aux enquêtés de se faire leur propre schéma d'analyse.

6.6. Les dilemmes éthiques et réflexivité

La première question que pose une recherche sur des populations à la marge, cachées, est celle de leur dévoilement par la publication des résultats des enquêtes. Celles-ci décrivent les pratiques et le jargon des usagers de drogues, jusque-là peu connu par le public. Cette question nous a suivi tout au long de nos enquêtes sans que nous puissions réellement en trouver une réponse.

L'autre question connexe à la première est issue d'observation directe au cours de nos entretiens. Il arrivait que nous soyons en compagnie avec un collègue ou ami, avec qui nous avons partagé l'objet de notre recherche, et que nous rencontrions un de nos enquêtés qui présente un certain profil. Dans ces situations, nous nous posions plusieurs questions sur l'attitude à adopter : est-ce que nous devons le saluer ou pas au risque de dévoiler son identité ? Nous nous sommes résolus de ne pas faire le premier pas mais de répondre si c'est lui qui nous saluait. Nous leurs avons parlé de ces situations en entretien.

Avoir une position d'enquêteur au début d'un processus est une tâche qui soulève beaucoup de questionnements de la part des personnes interviewés. Chez les soignants interrogés, l'enquête était interprétée comme une évaluation de leur connaissance en matière de traitement des usagers de drogues. Pour les usagers de drogues, l'enquêteur était perçu comme un relais qui peut faire remonter leurs attentes et leurs préoccupations sur leur nouveau dispositif de traitement.

Faire de la recherche en sciences sociale sur le thème de la médicalisation de l'usage des drogues, en tant que processus en cours au Sénégal, soulève la question de la place du chercheur dans le processus. À plusieurs reprises, nous avons communiqué sur les résultats de nos recherches en décrivant le contexte et les prétextes pour la mise en place d'un dispositif de traitement pour les usagers de drogues au Sénégal. Nous en parlons à un public *profane* sur ce sujet qui, par nos présentations, est au courant du processus en cours et acquière certaines notions médicales. En étudiant cet objet, nous participons, en tant que chercheur, à répandre la médicalisation par la description des concepts et pratiques mis en œuvre par l'autorité médicale.

6.7. Les restitutions et communications sur les résultats

Les restitutions des résultats de la recherche ont été organisées à l'occasion des rencontres de la revue semestrielle du programme de lutte contre l'infection à VIH et autres comorbidités chez les consommateurs de drogues injectables. Ces rencontres organisées par le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), avaient pour objectif de réunir les acteurs (soignants, associatifs, juridiques et usagers de drogues), qui travaillent sur les questions de traitement des usagers de drogues pour partager leurs activités en cours. Nous y avons fait deux présentations en décembre 2013 et en juillet 2014.

Plusieurs présentations issues de la recherche doctorale ont été faites dans un cadre académique aux séminaires du professeur Lamine Ndiaye à l'UCAD et aux séminaires d'anthropologie à la Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme (MMSH) à Marseille. Les résultats de la thèse ont été présentés à des conférences et colloques nationaux et internationaux de 2013 à nos jours. La liste suivante présente les différentes communications sur la thèse en commençant par les plus récents.

- Juin 2016 : communication orale : « Médicaliser l'usage de drogues au Sénégal : enjeux et prérequis », Colloque internationale intitulé « 70 ans de Sociologie au Sénégal », Dakar, Sénégal.
- Avril 2016 : communication orale : « le traitement des usagers de drogues au Sénégal. La médicalisation d'une déviance sociale », 8ème conférence internationale francophone, VIH/HEPATITES AFRAVIH 2016,

Bruxelles, Belgique

- Mars 2016 : communication orale : « Contributions socio-anthropologiques au programme de Réduction des Risques chez les usagers de drogues », Journées d'études du groupe « Psychotropes et sociétés », 24 et 25 Mars, Paris, France.
- Mai 2015 : communication orale : « Guérir chez les usagers de drogues à Dakar, Sénégal », Colloque de l'association Amades, 27, 28, 29 Mai, Marseille, France.
- Mars 2015 : communication orale : « l'automédication chez les usagers de drogues injectables (héroïne, cocaïne) à Dakar, Sénégal », Rencontres Nord-Sud sur l'automédication et ses déterminants, Cotonou, Bénin, 4, 5 et 6 Mars 2015.
- Avril 2014 : communication orale : « L'auto-sevrage par le voyage hors du milieu chez les usagers de drogues injectables (cocaïne, héroïne) à Dakar, Sénégal », 7ème conférence internationale francophone, VIH/HEPATITES AFRAVIH 2014, Montpellier (Corum), France.
- Novembre 2013 : Communication orale : « Les pratiques d'auto-sevrage chez les usagers de drogues injectables (héroïne, cocaïne) à Dakar, Sénégal », 9ème Congrès international francophone de la société de pathologie exotique, 12-14 Novembre 2013, Dakar (UCAD2), Sénégal
- Juillet 2013 : communication orale sur : « Usage de drogues et traitement de substitution : analyse d'une médicalisation au Sénégal », Colloque Nouveaux enjeux éthiques du médicament en Afrique de l'Ouest et du Centre, Agence Universitaire de la francophonie (AUF), Dakar, Sénégal.

6.8. Profil des personnes interrogées

6.8.1. Les soignants interrogés au CEPIAD

Les enquêtes au Centre de Prise en Charge Intégré des Addictions (CEPIAD) ont été menées en avril 2015. À cette époque-là, le centre comptait 11 soignants ainsi répartis : 4 médecins addictologues, 2 pharmaciennes, 2 infirmiers, 1 assistant social, 1 responsable de l'accueil/orientation et 1 major de service. L'enquête a été menée auprès de 6 soignants avec une représentativité de chaque catégorie. Le tableau suivant permet de retracer le profil de chaque soignant enquêté.

Tableau 7 : Profil des soignants interrogés au CEPIAD

Identifiant	Saliou	Sara	Cheikhna	Sokhna	Abdou	Fatou
Age	31 ans	40 ans	30 ans	40 ans	34 ans	34 ans
Sexe	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
Sit. Matri.	Célibataire	Veuve			Célibataire	
Lieu de naissance	Patte d'oie	Grand Yoff	Rufisque	Fass	Gandiaye	Gossas
Lieu de résidence	Patte d'oie	Grand Yoff	Ouakam	Parcelles assainies	Fann	
Niveau d'étude	Bac	4 ^{ème} sec.	Supérieur	Bac	Supérieur	Supérieur
Fonction au CEPIAD	IDE	IDE et outreach team	Assistant social	Préparatrice en pharmacie	Médecin psychiatre	Dr en pharmacie
Ancienneté au CPIAD	Début du programme	Début du programme	Début du programme	Début du programme	Début du programme	Début du programme
Ethnie	Toucouleur	Peulh	Maure	Diola	Sérère	Wolof
Religion	Musulman	Musulman	Musulman	Musulman	Musulman	Musulman
Confrérie	Mouride	Layenne	Mouride	Mouride	Aucune	Tidiane

6.8.2. Profil des personnes interrogées dans les associations, ONG

Les enquêtes auprès des intervenants dans des associations et ONG qui travaillent sur les questions de drogues ou d'autres types de population « à la marge », s'expliquent par deux raisons. La première est la nécessité méthodologique de décrire l'offre de traitement pour les usagers de drogues dans les associations et ONG au Sénégal. La seconde raison est liée au besoin de décrire comment des associations, « à la marge », ont été créées dans un contexte d'approche répressif,

pour analyser le désir des usagers de drogues de se regrouper en association. En plus des interviews dans les ONG et associations, les investigations ont également été faites au niveau du Comité Interministériel de lutte contre les Drogues (CILD).

Tableau 8 : Profil des associatifs et personnes ressources interrogées dans le cadre de la mobilisation collective

Identifiant	Sexe	Age	Nom de la structure	Fonction	Ancienneté
DéDé	Homme	33 ans	Association Aide Sénégal	Président	7 ans
Megzo	Homme	33 ans	Association ESPOIR	Trésorier	6 ans
Marthe	Femme	42 ans	Association Sourire de femme	Présidente	4 ans
Pokou	Femme	41 ans	Association And Sopaliku	Présidente	6 ans
Enter	Homme	46 ans	Association Sénégalaise pour la Réduction des Risques	Président	2 ans
M	Homme	51 ans	Association Sénégalaise pour la Réduction des Risques	Membre	2 ans
Bossa	Femme	47 ans	Association Sénégalaise pour la Réduction des Risques	Membre	2 ans
Mouhamed	Homme	50 ans	CSID/Jacques Chirac	Coordonnateur	6 ans
Seydina	Homme	52 ans	ONG Jamra	Coordonnateur	3 ans
Inspecteur	Homme	NRP	CILD	Adjoint au secrétaire permanent	NRP

6.8.3. Les acteurs de la mise en place du dispositif de traitement des usagers de drogues

En plus des observations faites sur la mise en place du dispositif de traitement des usagers de drogues à Dakar, les investigations ont également été menées auprès de quelques acteurs clés du programme. Tous les acteurs, à l'exception de Pierre Marie Girard rencontré en France, ont été interrogés au Sénégal où ils sont basés ou étaient de passage. Le tableau suivant dresse le profil de chaque acteur interrogé.

Tableau 9 : Profil des acteurs de la mise en place du dispositif

Identifiant	Profession	Structure de rattachement	Implication dans le programme RDR
Dr. Ba	Pédopsychiatre, addictologue	CHN Thiaroye, IREP, Dakar	Coordonateur enquête UDSEN et CEPIAD
Dr. Leprêtre	clinicienne de la maladie VIH/SIDA	hôpital Bichat, CAARUD 18, IMEA	Coordonateur enquête UDSEN, investigatrice principale enquête

Dr. Maynard	Experte Technique Internationale	Agence Nationale de la Recherche sur le Sida/hépatites Centre de Recherche et de Formation Clinique, Dakar	
Dr. Lebeau	Medecin addictologue	Directeur Centre Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), Seine Saint-Denis, Paris	Formation et soutien au programme méthadone
Sayag	Educateur spécialisé	chef de service Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la RDR (CAARUD), Seine-Saint, Paris	Formation et accompagnement à l'équipe de terrain
Pr. Girard	Médecin, infectiologue	Chef du service des maladies infectieuses et tropicales à l'hôpital Saint-Antoine, Paris	

6.8.4. Profil des usagers de drogues interrogés

Les premiers entretiens avec les usagers de drogues ont été faits en 2011. Tous les usagers rencontrés à cette période ont été revus et interviewés au moins une fois, à l'exception de Brama interrogé trois fois. Les premières enquêtes en 2011 avaient pour objectif de recueillir des informations à propos de la relation de soin entre les usagers de drogues et les soignants dans le cadre du projet UDSSEN. Puis, en 2013, une autre descente sur le terrain a été faite auprès de 15 usagers de drogues pour avoir des données sur leurs mobilisations individuelles et collectives. Enfin, les dernières données collectées en entretien en 2015 avaient pour objectif de renseigner les perceptions et appréciations du dispositif de soin qui était mis à leur disposition. Le tableau suivant retrace le profil de chaque usager de drogues interrogé.

Tableau 10 : Profil des usagers de drogues interrogés

Pseudo	Années contact	Statut	Sexe	Age	Situation matrimoniale	Nombre d'enfants	Niveau d'étude	Occupation	Ancienneté	Principal produit consommé		
										Produit	Fréquence	Mode
Assane	2011 2013	Actif	Masculin	53 ans	Divorcé	1 garçon	CM2	Machinerie et électricité	36 ans	héroïne	2 fois par jour	Injection
Labba	2013 2015	Actif	Masculin	30 ans	Célibataire	aucun	BFEM	Guide touristique	08 ans	héroïne	5 à 6 fois par jour	Injection
Suélo	2011 2013	Actif	Masculin	45 ans	Divorcé	1 fille et 1 garçon	6ème secondaire	Musicien	10 ans	héroïne	2 fois par jour	Sniff
Zara	2013 2015	Actif	Féminin	55 ans	Veuve	aucun	3ème secondaire	sans occupation	23 ans	héroïne	1 fois par jour	Sniff
Coumba	2011 2013	Actif	Féminin	29 ans	Divorcée	1 garçon et 1 fille	Arabe	Travailleuse du sexe	15 ans	héroïne	2 fois par jour	fume
Aicha	2013	Sevrée	Féminin	47 ans	Divorcée	2 filles	CM1	Petit commerce	30 ans avant d'arrêter	héroïne	5 à 6 fois par jour	fume
Alioune	2011 2013	Actif	Masculin	57 ans	Veuf	aucun	CM2	sans occupation	30 ans	héroïne	1 à 2 fois par jour	Injection
Barry	2013	Actif	Masculin	61 ans	Veuf	3 filles et 4 garçons	BFEM	sans occupation	29 ans	héroïne	rarement	Sniff
Brama	2011 2013 2014	Actif	Masculin	52 ans	Divorcé	aucun	supérieur	ingénieur consultant	28 ans	héroïne	1 à 2 fois par jour	Sniff
Accra	2011 2013	Actif	Masculin	58 ans	Divorcé	aucun	supérieur	Formateur informatique	29 ans	héroïne	1 à 2 fois par jour	fume et sniff

Kawman	2011 2013	Actif	Masculin	42 ans	Marié	1 fille	supérieur	petit commerce	23 ans	héroïne	rarement	fume et sniff
Repé	2011 2013	Actif	Masculin	52 ans	Divorcé	2 filles et 1 garçon	CM1	Eboueur	31 ans	héroïne	5 à 6 fois par jour	injecteur
Xaly	2013	Actif	Masculin	39 ans	Célibataire	aucun	supérieur	Courtier	21 ans	héroïne	1 à 2 fois par jour	Sniff
Brice	2013	Actif	Masculin	42 ans	Célibataire	aucun	CM1	sans occupation	22 ans	héroïne et cocaïne	1 à 6 fois par jour	injecteur
Fecca	2013	Actif	Masculin	40 ans	Marié	3 garçons et 1 fille	5ème secondaire	agent immobilier	7 ans	héroïne	1 à 2 fois par jour	Sniff
Maba	2014	sous méthadone	Féminin	45 ans	En couple	1 garçon	seconde	sans occupation	28 ans	héroïne	3 fois	injection
Zale	2015	sous méthadone	Masculin	34 ans	Marié	1 garçon et 1 fille	CM2	Boulangier	11 ans	héroïne	4 fois	injection
Weuy	2015	sous méthadone	Masculin	47 ans	Marié	1 garçon et 1 fille	3ème secondaire	Mécanicien	23 ans	héroïne	plusieurs fois	sniff/fumette
Momo	2015	sous méthadone	Masculin	40 ans	Divorcé	1 garçon	5ème secondaire	courtier/commerçant	25 ans	héroïne	3 fois	sniff
Fallou	2015	sous méthadone	Masculin	43 ans	Divorcé	2 filles	CE1	artisan	29 ans	héroïne	plusieurs fois	inhalation/sniff
Siré	2015	Actif	Féminin	27 ans	Célibataire	aucun	aucun	TS	4 ans	héroïne	4 fois	injection
Petit	2015	sous méthadone	Masculin	33 ans	Marié	1 garçon et 1 fille	CE1	soudeur métallique	15 ans	héroïne	2 fois	sniff/fumette
Véro	2015	Sevrée	Féminin	53 ans	Divorcé	2 garçons	1ère secondaire	coiffure	29 ans	cocaïne	plusieurs fois	Sniff/inhalation

6.8.5. Petites biographies des usagers de drogues interrogés

La présentation des biographies de chaque consommateur de drogues repose sur trois éléments que sont l'enfance et le cadre familial dans lequel ils ont grandi ; la scolarisation et le travail ; l'entrée dans les drogues.

Assane

Assane est né en 1958 à la Médina à Dakar où il vivait avec son père, sa mère, sa grande sœur, ses deux petits frères ainsi que sa petite sœur. Ses deux petits frères décédés, il reste le seul garçon de la famille. Son père était un cadre à l'ASECNA et sa maman ménagère. Il a toujours eu de bonnes relations avec sa famille. Son cursus à l'école française se déroule normalement et est stable jusqu'en CM2. Puis, quand son père est affecté au Bénin et qu'Assane commence à avoir des problèmes avec sa paye qui arrivait en retard, il décida d'arrêter en classe de sixième (secondaire) pour apprendre un métier. Il fait une formation en mécanique pendant 5 ans mais exerce par la suite le métier de plâtrier pour lequel il a eu un contrat dans une grande entreprise où il exerce pendant sept ans avant de travailler pour son propre compte. Il se marie en 1977, deux ans après avoir commencé à consommer la came et divorce après cinq ans de mariage sans enfant.

Assane a connu la came en 1975 lorsqu'il travaillait pour son oncle qui tenait une *dibiterie* où il a rencontré des clients sénégalais *venant d'Europe* qui lui ont fait connaître *l'affaire*. En ce temps-là, il buvait de l'alcool ; l'un des clients lui dit qu'il y a un produit plus *discret* qu'il peut utiliser sans avoir l'haleine d'alcool et qui donnait plus de plaisir. Curieux de faire cette découverte, il remet de l'argent à ce dernier qui lui achète deux quarts de gramme (deux képa) de cocaïne que Assane fume et apprécie. Puis, il se renseigne sur le dealer, se familiarise avec lui et commence par en acheter tous les samedis. Vu qu'il pouvait avoir de bons marchés, il s'est dit que l'odeur de l'alcool pouvait lui faire perdre des clients et commence à en consommer fréquemment.

Aïcha

Petite, Aïcha vivait avec son papa, sa maman et ses petites sœurs. Très tôt, sa mère part en Côte d'Ivoire ; Aïcha reste avec son papa, ses sœurs et sa tante. Elle ne s'intéressait pas trop aux études ; elle restait parfois un mois sans se rendre à l'école et finit par abandonner les études en classe de CM1. Elle préférait s'amuser et fréquentait les plages de Dakar où elle a appris à fumer du *boon*. À 13 ans, elle se maria une première fois avant de divorcer deux ans plus tard. Puis, à 16 ans, elle se marie une deuxième fois et eut deux filles. Elle s'achète du *boon*, et s'enferme dans sa chambre conjugale, encensée, pour fumer. Ce mariage, dura 4 ans ; Aïcha ne supportait plus la présence physique de son époux, elle incite ses oncles à dissoudre le mariage.

Elle connut par la suite une fille qui venait de Paris, qui était dealer de *came* qu'elle héberge chez elle malgré les mises en garde de ses parents. Ayant pris connaissance de ces mises en garde, son amie lui demande de ne jamais toucher à ce qu'elle détenait comme produit. Curieuse, elle veut découvrir le produit et commence à consommer l'héroïne à 17 ans. En 2010, elle décide d'arrêter sa consommation de *came* quand elle constate que la qualité du produit est de plus en plus mauvaise alors qu'elle dépensait beaucoup d'argent pour en acheter. Elle trouve refuge dans la consommation de bière et de *boon* et entretient un petit commerce de parfum.

Labba

Né en 1983 au Sénégal, Labba a grandi en France avec son père, sa mère, ses 2 grands frères et sa grande sœur. Il a mené une vie familiale stable et a fréquenté l'école jusqu'à ce qu'il décroche son BFEM. Puisqu'il était un bon footballeur, il a demandé à rejoindre un centre où il allait pratiquer sa passion. Avec ses amis du quartier, Labba commence à consommer du hachisch. Au début, il voulait « juste découvrir » les effets de ce produit, ensuite, avec l'engrenage, sa consommation devient une habitude puis un tremplin pour passer à la consommation d'héroïne. Un de ses amis meurt d'une overdose et, quand les parents de Labba l'apprentent, ils se sont dit qu'il finirait sans doute comme son cousin et qu'il fallait l'envoyer en

vacances au Sénégal où il pourrait pour se sevrer ; il rentrerait quand il aurait complètement rompu avec la came.

Une fois au Sénégal, Labba rejoint la famille de son oncle en Casamance où il mène une vie paisible avec ses cousins et y consomme de *l'herbe* (cannabis) avec ses amis. Il rejoint ensuite la capitale pour trouver un boulot ; Labba y exerce dans le secteur du tourisme et de l'art. Il est guide touristique à Sandaga, dans le marché des tableaux d'art. Un jour, il tombe sur des clients qui voulaient de l'héroïne ; il se renseigne et parvient à en trouver pour ses clients. Avec cette découverte, il *retombe dedans*. Entre Yeumbeul (en banlieue), Sandaga et Médina, Labba entre dans une nouvelle vie commandée par l'héroïne. Il est encore célibataire sans enfant.

Zara

Dans son enfance, Zara vit dans une famille avec son père, sa mère, ses 2 grands frères, ses petits frères et ses deux petites sœurs. Elle a aussi une grande sœur de même mère, issue du premier mariage de sa maman. Elle a passé une enfance agréable, entourée de ses frères et sœurs, mais, dit-elle, elle était un peu un garçon manqué. À l'école française, elle n'avait aucun problème pour son cycle primaire. Elle étudiait tranquillement. Les vacances, elle allait chez sa tante paternelle où elle s'installe à la demande de sa tante. Elle y est maltraitée par sa tante et, ayant pris connaissance de cette situation, sa maman profita d'une visite pour la récupérer. Après avoir obtenu son CFEE, elle s'inscrit à l'enseignement secondaire et prend goût au sport ; elle fait de l'athlétisme. Elle commence à faire l'école buissonnière pour compétir dans un club à Dakar ; son père l'y encourageait, il lui achetait des blousons et l'amenait au stade.

Elle joue souvent au foot avec ses frères et fréquente le milieu masculin. Elle partageait le thé avec les garçons qui fumaient en même temps leurs *joints* de *boon*. Petit à petit, elle commence à en fumer. Elle partit par la suite en France où elle rencontre un ami d'enfance qui était dealer et qui l'aidait beaucoup. Elle resta en France pendant peu de temps et revint au Sénégal sans encore toucher au *brown*. Elle se marie par la suite avant de divorcer. De son deuxième mariage, elle devient veuve.

Quand son ami rentre au Sénégal, elle l'aide en lui donnant souvent de l'argent pour acheter sa dose. Sachant que Zara était aisée et cherchait plus de garantie pour avoir sa dose, il mettait de l'héroïne dans le *boon* que Zara continuait de fumer. De là, elle allait commencer une vie avec l'héroïne.

Alioune

Quelques années après sa naissance en 1954, les parents d'Alioune divorcent. À l'âge de 5 ans, il est confié à un de ses oncles qui habitait à Kaolack. Son oncle était célibataire et accueillait beaucoup de personnes chez lui. Avec ses amis d'enfance, il allait souvent en forêt voler des mangues pour assouvir sa faim, car la nourriture que leur servait leur voisine était peu suffisante.

Alioune est allé à l'école française jusqu'en classe de CM2 mais n'a pas pu passer les examens d'entrée en sixième à cause de la grève de 1968. Il abandonna les études et, de retour à Dakar, il a commencé à apprendre le métier de plomberie avec son grand-père à la Médina où il est né. En 1973, alors qu'il avait 19 ans, Alioune embarque clandestinement dans un bateau qui s'appelait Massalia pour aller en Espagne où des amis lui font savoir que l'argent facile s'obtient par la voie du deal. Il s'y engagea et devient dealer. Il y rencontra une femme espagnole avec qui il s'est marié. Il accueillait souvent un de ses amis usagers qui venait consommer chez lui tout en le soumettant à la tentation de goûter aux produits. Alioune résiste à toutes ces incitations.

Un jour, sa femme espagnole a été arrêtée pour détention de 50 grammes de haschisch. Suite à cela, elle a été emprisonnée. Cette situation a créé des troubles chez Alioune qui finit par céder à la dernière incitation de son ami. Il devient dealer et usager de drogue. Sa femme espagnole mourut par la suite d'un cancer du sein ; ils n'ont pas eu d'enfant. Alioune se rendit en France où il continue son métier de trafiquant de drogues. Son aventure allait prendre fin quand il fut arrêté, emprisonné pendant deux ans avec reconduite à la frontière et interdiction définitive d'entrer sur le territoire français. Il rentre au Sénégal en 1990 et réside à la Médina où il continue sa carrière de consommateur de came.

Suélo

Enfant, Suélo était un garçon qui vivait avec ses parents, ses frères et sœurs. Son père, l'un des plus grands musiciens au Sénégal était un père *poule* qui l'amadouait. Sa maman, qui l'aimait bien, était la seule à le corriger de ses *dérives* d'enfants. Il était un grand animateur et mettait de l'ambiance à la maison. Pour apporter sa touche à l'éducation de ses sœurs, ses frères et lui leur racontaient souvent des histoires pour les préparer à faire face à des *hommes peu sérieux*.

Parce qu'il n'était pas très bon à l'école, son père l'intègre dans un groupe de ténors de la musique sénégalaise pour qu'il apprenne cet art. Il a commencé à gagner de l'argent dans la musique et a commencé à se faire des amis dans ce milieu. Il allait avec ses amis au *club* et organisait des bals avec l'appui de son père qui leur payait de la boisson. Son père comprenait qu'il lui prenait beaucoup de son temps et lui empêchait de profiter de sa jeunesse, et lui faisait des faveurs.

Il entre dans la *culture rasta* avec comme idole Bob Marley. Quelques-uns de ses amis qui prenaient le *boon* lui ont dit qu'il joue très bien mais qu'il serait encore meilleur s'il en fumait. Ils lui dirent que c'était la principale source d'inspiration de Bob Marley. La première fois qu'il fuma le *boon*, il n'a pas fait son spectacle, tellement il fut *assommé* par le produit. Suite à cela, il resta trois mois sans y toucher. Ses copains l'incitent une deuxième fois ; il finit par céder et y touche une deuxième fois. Cette fois-ci, les choses se passèrent autrement, Suélo joua très bien, *mieux* que les autres fois, Son inspiration fut doublée. Ses amis furent étonnés de le voir jouer ainsi et lui ont encore dit que cet effet n'était rien comparé à la cocaïne. Et ils lui en donnent. Quand il y a goûté « *c'était une sensation meilleure que la femme* ». Ses amis lui dirent ensuite qu'il devait commencer le *brown* car cela atténue la cocaïne. Quand il le fuma, il eut une *pression* jamais égalée. Alors il en fumait en même temps que le *xer*. Aujourd'hui, entre cinq et six doses de *brown* par jour, Suélo est en quête d'un traitement efficace différent de ceux qu'il a connus, pour sortir de sa situation. Il est divorcé et entretient, dans la maison de son père décédé, son fils et sa fille.

Coumba

Très tôt, Coumba quitte la maison de ses parents pour être confiée à sa tante qui l'amena dans une école pour apprendre le Coran. Ses relations avec sa tante furent de telle sorte qu'elle la croyait être sa maman. C'est pour cela qu'elle accepta difficilement de reconnaître ses véritables parents quand sa tante les lui présenta. Elle ne voulait pas retourner chez son père et sa maman. Obligée de rentrer, elle se familiarisa finalement avec ses parents biologiques.

À 13 ans, Coumba est donnée en mariage à un jeune homme qu'elle fréquentait et avec qui elle fumait du *boon*. Quand ils sortaient ensemble, le jeune homme vendait de la *came*. Coumba n'en savait rien mais elle fumait avec lui des *joints*. Quand le jeune garçon roulait les *joints* de *boon*, il y mettait un peu de brown. La jeune fille constate que lorsqu'elle achetait le boon ailleurs, elle avait le corps qui lui faisait mal mais qu'en prenant le *boon* de son petit copain, elle se sentait mieux. Elle se rend compte que son copain lui roulait du brown avec son boon. C'est cette même personne qui l'épousa par la suite et lui fournissait ses doses quotidiennes. De leur union sont nés deux enfants. La mère de Coumba eut écho que son beau-fils *droguait* sa fille. Elle dissout leur mariage mais Coumba s'était déjà habitué à la drogue et continuait de voir son ex-mari qui lui fournit régulièrement ses doses.

Barry

Né en 1952, Barry rejoint un ami de son père qui exerçait dans l'armée, au moment où il faisait la classe de CE1. Avec les nombreuses affectations de son tuteur, Barry eut à faire plusieurs régions du Sénégal. Il a suivi son cursus scolaire dans plusieurs régions du Sénégal. Après son CEG (correspondant à l'actuel Brevet de Fin d'Études Moyennes), il devait repartir à Dakar et poursuivre ses études. Lorsqu'il a voulu faire la seconde au lycée Delafosse, il fut confronté à des problèmes financiers car ses parents ne sont pas aisés. Très tôt, il a vendu la *came*, mais il ne la consommait pas. Par curiosité, il observait son ami Sidy et un Espagnol qui en consommaient. Son ami l'incitait à la consommation, il lui fit des démonstrations. Par curiosité, il a fumé une première fois, mais cela ne lui a rien fait. La deuxième fois, suite à une autre

incitation de Sidy, il consomme et il a *flashé*. Il devient dealer et fumeur.

Il s'est marié et a eu trois filles et quatre garçons. Il a perdu sa femme, son fils aîné et un autre fils qui sont décédés à la même période. Aujourd'hui, Barry regrette son aventure de dealer et de consommateur. Il a influencé beaucoup d'individus à consommer les drogues. Pour se racheter, Barry a toujours réfléchi sur la création d'un ONG pour *recupérer les camés*. Cependant des contraintes financières bloquent son projet.

Repé

Enfant, Repé est éduqué par ses grands-parents et ses oncles. Il est allé à l'école française jusqu'en classe de CM1 avant d'arrêter et de faire la mécanique et la peinture. Il exerce plus tard le métier de plombier. Repé a commencé à prendre la *drogue dure* en 1982. C'est à cette époque qu'il a commencé à fumer surtout pendant les grandes vacances quand arrivaient, de l'Europe, ses amis vacanciers. Auparavant, il avait commencé à boire de l'alcool puisqu'il travaillait dans une boîte de nuit à Dakar.

En 1984 un ami ghanéen qui l'employait pour le trafic de *boon* lui amène de la *marchandise* en lui disant que c'est plus rentable et que les *Blancs aiment ça*. Le Ghanéen avait constaté qu'il y avait beaucoup d'Européens qui fréquentaient la boîte de son ami revendeur, Repé. C'est ainsi qu'il lui fournissait de l'héroïne pour qu'il la vende. Il lui demandait toutefois de ne jamais en consommer. Or, Repé avait déjà consommé l'héroïne avec ses amis vacanciers. Quand son ami ghanéen découvrit qu'il *touchait* à ses produits, il pleura ce jour-là. Aujourd'hui divorcé et père de deux enfants, Repé vit dans la maison de son oncle et exerce comme éboueur pour se payer sa consommation.

Accra

Né en 1958, Accra a fait ses études à la Médina. Après le Baccalauréat en 1981, il partit en France, pour faire des études supérieures en informatique. C'est de là qu'il a

eu plusieurs expériences en tant qu'étudiant et fréquente le milieu de la drogue entre 1984 et 1986. Il allait souvent dans les *ghettos* pour s'acheter de *l'herbe* (chanvre). De là, il a été confronté à l'héroïne qu'il eut à commercialiser avant d'avoir des problèmes avec la justice ; Il fut condamné à deux ans de prison avec reconduite à la frontière.

À son retour, il entre dans le monde professionnel. Il eut un travail d'analyste programmeur en informatique dans les années 1990 dans un cabinet. Après cette expérience, il commence à enseigner l'informatique dans les structures privées. Il est actuellement divorcé sans enfant et gère à la fois son statut d'enseignant et de consommateur de came.

Brice

Né en 1969 à Dakar, Brice a grandi avec ses frères, son père et sa mère dans une famille calme à la Médina. Il fréquente l'école jusqu'en classe de CM1 avant d'arrêter car il n'était pas brillant et ne voulait pas continuer. Après il s'initie au métier de tailleur en exerçant comme aide dans un salon à Dakar. Avec ses amis, Brice entre dans la culture *rasta* et fume du cannabis par plaisir. Il a entendu parler de nouveaux produits qui circulent dans le marché de la consommation de drogues et est gagné par l'envie de les découvrir. Le deal de ces nouveaux produits se faisait à proximité de chez lui.

Il entra dans *l'affaire* en 1989 car, dit-il, il était très accessible dans son quartier et cette disponibilité l'y a entraîné. Il consomme une première fois, par curiosité, une dose que lui avait offerte son ami. Il ressentit un certain nombre de douleurs suite à sa première consommation. Aujourd'hui, célibataire sans enfant, il reste accroché aux produits (héroïne et cocaïne). Entre voyage hors du milieu et recours aux médicaments, il a tenté plusieurs fois de sortir de sa situation de consommateur de came.

Kawman

Kawman a eu une enfance tranquille. Il vivait avec son père à Dakar où il étudiait. Pendant les grandes vacances, il partait chez sa maman qui est toujours en France. Enfant, il ne manquait de rien ni au Sénégal ni en France. Quelques années après, il rejoint définitivement sa maman en France où il continuait ses études. Devenu majeur, il voit sa maman lui demander de sortir de la maison et de rejoindre ses frères. Ces derniers vivaient dans un appartement ; son grand frère était dealer, Kawman était encore jeune. Il voyait comment ses frères faisaient pour consommer leurs drogues, il les voyait fumer et rigoler, tout contents ; les belles femmes venaient les voir, les gens branchés dans le quartier. Il apprécie bien ce milieu, puis, par curiosité il voulut consommer. Puisqu'il voyait déjà comment faisaient ses frères et leurs amis, son test fut facile. Il décida alors de voler des doses à son frère pour les consommer et les vendre à ses amis à la fac.

Quand il a commencé à vendre, il constate que les gens commencent à le respecter, et il se sent important. Il rencontre ensuite une femme qu'il épouse ; celle-ci tomba enceinte mais Kawman ne verra jamais sa fille. Son aventure devait se terminer quand il fut arrêté par la police et qu'il écopa d'une double peine : un mois de prison ferme et une interdiction du territoire français pendant 10 ans. Depuis lors, il est toujours dans le tracé à Dakar. Il s'active dans le petit commerce de photos qu'il confectionne lui-même sur des personnes célèbres. Il communique souvent avec sa femme et sa fille, restées en France, par téléphone.

Fecca

Fecca est né en 1971 et a grandi à Dakar. À l'âge de 12 ans, il commença à jouer au football et s'est fait très tôt remarquer par son talent. Plus tard, il commença à fréquenter les boîtes de nuits et fut également un célèbre danseur que tout le monde connaissait. Sa réputation de bon danseur lui donna carte blanche pour entrer dans les boîtes de nuits de Dakar où il eut beaucoup de copines. Entre matchs de football et boîtes de nuit, le jeune Fecca se faisait remarquer nuit et jour.

À l'école, il était un bon élève. Ses études devaient s'arrêter en 1988-1989 lorsqu'il y eut l'année blanche. Il était en classe de 5^{ème} (secondaire) et était un dirigeant de grève dans son école. Il fut par la suite expulsé pour mauvaise conduite. Sa mère l'amena dans un atelier de menuiserie au village artisanal de Dakar où il pratiqua le métier pendant un an. Il devait, par la suite, faire le service militaire mais il ne l'a pas pu à cause d'une fracture à la main juste avant le recrutement. C'est en 2006 que Fecca consumma l'héroïne pour la première fois par le biais d'un ami qui l'y incita. Il était déjà consommateur de *yamba* qu'il a connu depuis son enfance par le biais d'un de ses *grands* qui l'envoyait souvent en acheter pour lui.

Xaly

Très tôt, Xaly a perdu sa maman et fut éduqué par sa grand-mère. Il eut un cursus scolaire normal. En 1992, alors qu'il était en classe de première, il consumma l'héroïne et la cocaïne pour la première fois. Un *grand* qu'il fréquentait lui en a fait consommer de manière *mesquine*. À cette époque-là, il ne fumait que du chanvre et buvait aussi de l'alcool. Le *grand* qu'il fréquentait était un dealer de cannabis puis d'héroïne et de cocaïne. Le sachant issu d'une famille aisée, le *grand* l'incita à la consommation pour avoir un bon client en lui donnant des doses d'héroïne et de cocaïne pendant quelques jours. Une semaine après, Xaly sentit des malaises et repartit voir le *grand* qui lui a encore donné l'héroïne et la cocaïne. Quand il l'eut fumée, ses douleurs se dissipèrent et il comprit que c'était la source de son mal. Il commença sa carrière de consommateur de drogues.

Pendant un an, il fume l'héroïne dont il était devenu dépendant. Il arrête de consommer pendant 4 ans et poursuit ses études. Puis, parce qu'il a mis enceinte une fille, il fut déçu de lui-même et replongea dans la consommation de l'héroïne. Après son bac en 1995, il suit une formation en marketing. Il eut en même temps un travail dans une agence de publicité et de marketing comme conseiller en communication, facilité par un parent proche. Il fut renvoyé de cette agence après avoir détourné des produits. Célibataire sans enfant, il s'est converti en courtier pour financer sa consommation.

Momo

Momo est né en 1975 aux HLM 4 où il vivait avec son père, sa mère, ses frères et sœurs et la coépouse de sa mère avec ses enfants. À l'âge de 10 ans, sa mère et lui quittent leur domicile pour aller s'installer à Grand Dakar pendant que la coépouse est restée à la maison. Son père passait d'une maison à l'autre pour respecter les tours conjugaux. Il a fait des études jusqu'en classe de CM2 avant d'arrêter, puis sa maman l'amène chez son grand-père à Taïba où il a été inscrit une nouvelle fois à l'école. Il y fait les classes de 6ème et de 5ème avant d'arrêter une nouvelle fois. Il rentre ensuite chez sa mère à Grand Dakar. En l'espace de deux années, entre 1994 et 1996, il vécut les deuils de son père, de son frère cadet et de sa mère qui l'ont beaucoup marqué. Il fut incité à la consommation par des amis qui, vu sa situation professionnelle (Momo était courtier aux impôts et domaines), espéraient de lui un financement de leur consommation.

Fallou

Fallou est né en 1972 à Grand-Dakar et a grandi dans une grande famille de son grand père avec ses parents, ses frères et sœurs, ses tantes et oncles et leurs enfants. Son grand-père était fonctionnaire à la mairie de Grand-Yoff et dirigeait une mosquée. Son père était chauffeur dans une ambassade et sa mère était ménagère. Il était encore petit quand son père décéda, il n'a pas eu le temps de le connaître et ne se souvient pas de son visage. Il devait se rendre compte qu'il ressemblait à son père qu'il n'a pas connu quand, devenu grand, il se voyait confondu parfois avec lui dans la rue.

Son parcours scolaire s'arrêta très tôt en classe de CE1 puisqu'il a intégré le *réseau* qui était proche de chez lui. Il devient *dealer* à l'âge de 13 ans et était engagé dans un groupe avec deux adultes, Mor et Talla, qui étaient dealers et consommateurs. Quand il les vit rouler leurs cigarettes en y mettant le produit qu'il vendait, il a essayé de faire la même chose mais Mor le lui défend arguant que ce n'était pas bien pour lui. Il tente plusieurs fois de braver l'interdit, Mor finit par se lasser et le laisse faire. Il commença ainsi une carrière de consommation de l'héroïne en 1986. Divorcé et père

de deux filles, il est en 2015 inclus dans le programme méthadone du CEPIAD.

Weuy

Weuy est né en 1968 à Dakar au Bloc des Madeleines, dans une maison où il vivait avec son père, sa mère et sa sœur. Son père était mécanicien et travaillait à l'ambassade de France à Dakar, sa mère était ménagère. Ils avaient une situation familiale assez aisée. Weuy suit un cursus scolaire normal jusqu'en classe de 3^{ème} secondaire et arrêta les études car il voulait faire de la mécanique comme son père. Il commence une formation en 1985 dans ce domaine jusqu'à l'obtention de son CAP en mécanique. Il rejoint son père à l'ambassade de France pour travailler avec lui.

Avec ses amis, il avait commencé à fumer du *boon*. Ils allaient souvent, pendant les week-ends, vers la petite côte (Mbour, Somone, Toubab Dialaw) pour s'y récréer avec le *boon* et la musique. Un jour, le vendeur de *boon* les invite à prendre le *brown*, en arguant que c'est quelque chose de très agréable et leur explique comment le prendre, par sniff ou cocktail avec la cigarette. Il leur en offre pour une première fois alors qu'ils partaient en week-end. Ils revenaient toujours en chercher pour leurs sorties car les effets leur plaisaient bien. Weuy se rend compte qu'il est devenu accroché au produit quand il avait épuisé ses ressources pour aller en week-end et pour en acheter. Marié et père de deux garçons, il est, depuis 2015 sous traitement de substitution aux opiacés au CEPIAD.

Zale

Zale est né en 1983 à Grand-Dakar où il a grandi avec son père et sa mère et ses frères. Son père était boucher et sa mère était ménagère. Ils avaient une vie paisible et vivaient dans un grand appartement à Grand-Dakar et ils avaient adopté le même style de vie à la Médina où ils déménagèrent quelques années plus tard. Zale suit un cursus scolaire perturbé à cause de ses *bêtises* et finit par abandonner les études en classe de CM2. Il était un enfant terrible. Ses parents lui trouvèrent une boulangerie où il peut exercer un métier. Par la suite, il fuit ce travail pour rester sans occupation.

Il commençait à mener une vie dans la rue et s'initie à la consommation de cigarettes et d'alcool. Puis il commence à vendre du *boon* et, quelques années plus tard, il devient dealer de brown. Il s'insère dans un groupe de dealers avec qui il préparait les *képa* et les vendait sans en consommer car il a été prévenu que cela lui gâcherait son *deal*. Le jour de son anniversaire, après avoir mis en *képa* sa marchandise, il rejoint ses amis qu'il avait invités sur la terrasse de sa maison. Une dispute éclata entre ses deux copines et Zale descend s'enfermer dans sa chambre fumer trois *képa* d'héroïne et s'endort pour se réveiller le lendemain à midi. Il ressentit des douleurs le soir et en consomme encore. Marié et père d'une fille et d'un garçon, Zale suit, depuis 2015 un traitement de substitution aux opiacés au CEPIAD.

Véro

Véro est née à Castors en 1962 où elle vivait avec son père, sa mère, ses trois frères et ses quatre sœurs. Son père travaillait dans la cinématographie à la SIDEC et il avait des stations de services, sa maman était ménagère. Ses parents ont divorcé lorsqu'elle avait 11 ans et son père avait épousé une autre femme. Sa mère avait quitté le domicile conjugal et Véro allait la voir souvent, bien que son père le lui ait interdit. Celui-ci divorça avec sa deuxième épouse et le ménage était entretenu par la femme de ménage. Véro a eu un cursus scolaire normal avant d'arrêter en classe de première parce qu'elle voulait voyager alors que son père lui demandait d'attendre d'obtenir son bac. Pour se révolter contre cette décision de son père, elle décida de ne plus aller à l'école. Véro passa son temps à fréquenter les boîtes de nuit avec ses amis et buvait de l'alcool et fumait de la cigarette.

Quelques années après avoir arrêté ses études, elle se rend à Las Palmas pour faire du commerce. Elle y eut des amis espagnols avec qui elle allait en boîte de temps en temps. Avec ses amis, elle découvre la cocaïne et demande à en goûter. Elle prit goût au produit et commence à en consommer. Elle a rompu avec sa consommation de cocaïne et exerce actuellement comme membre de l'équipe de terrain du CEPIAD.

Petit

Petit est né aux Parcelles Assainies en 1982. Il vivait avec ses parents et son frère à Grand-Dakar, dans la maison de son grand-père maternel. Son père était chauffeur dans un hôtel et sa maman était lingère. Suite à des problèmes, son père décide de quitter la maison familiale et de partir aux Parcelles Assainies avec Petit et son frère. Ils y restèrent jusqu'en 1992. Ses parents se sont remis ensemble et ils sont tous partis s'installer à Grand-Dakar alors qu'il suivait, avec son frère, des cours aux Parcelles Assainies. Son père ne se souciait pas beaucoup de leurs études ; il finit par abandonner en classe de CE2.

A 10 ans, il versa dans l'oisiveté et commença à fumer de la cigarette et du *boon*. Un dealer, qui n'habitait pas loin de chez lui, lui confiait de l'héroïne et l'employait pour le *deal*. Il lui passait des cocktails de *brown* mélangés à de la cigarette. Puis un jour, il lui dit que s'il fumait de la cocaïne, il pourrait être plus performant dans ses relations sexuelles. Après l'avoir essayé, il prit goût au produit et le consommait souvent pour des performances sexuelles. Marié et père d'une fille et d'un garçon, il est aujourd'hui inclus dans le programme méthadone du CEPIAD.

Maba

Maba est née en 1966 au Point E. Elle est l'aînée d'une famille composée de ses parents, de ses deux frères et de sa sœur. Son père était ingénieur des travaux publics et sa maman était ménagère. Maba avait 12 ans quand ses parents ont divorcé. Les enfants partent avec leur maman à la Zone A. À l'âge de 16 ans, Maba commence à fréquenter des amis avec qui elle fume de la cigarette. Elle allait à l'école avec ses frères et sœurs et suivit un cursus normal avant d'arrêter en classe de seconde car elle voulait voyager, elle avait 18 ans. Elle fugua de chez elle, et avait trouvé un copain avec qui elle vivait et fumait du cannabis. Elle eut un fils avec lui.

Son copain lui proposa un autre produit en arguant que c'est ce qu'utilisent les stars. C'est ainsi qu'elle a commencé à consommer le *brown* avec lui à partir de 19 ans. Elle ignorait complètement ce que c'était. Elle part finalement en Europe à l'âge de

20 ans et confia son fils à sa sœur ; elle rentre quelques années plus tard et reprend sa consommation, assistée par sa famille qui l'aidait et la supportait. Elle fait *une bêtise* chez elle, eut honte, et décida de rompre avec sa consommation. Elle effectue un voyage loin de Dakar où elle rencontre un homme et entre en union avec lui. Elle rentre définitivement à Dakar pour rejoindre l'équipe de terrain du CEPIAD et intègre le programme méthadone.

Siré

Elle est née en 1988 à Dakar d'une mère TS et d'un père joueur de cartes. Après son sevrage, son père la confia à une de ses amies Bigué. Cette dernière la maltraitait puis, après son mariage, Bigué confia Siré à sa mère Mamie qui s'est chargée de son éducation. Siré entretenait une complicité avec Mamie qui la défendait quand ses fils voulaient la corriger de ses fugues. Elle volait des objets pour Mamie qui se réjouissait des « performances » de la petite Siré. Quand la mère de Siré eut écho des agissements de sa fille, elle voulut la récupérer mais Mamie refusa de la lui rendre.

Siré n'a pas fréquenté l'école parce qu'elle n'avait pas de documents de naissance pouvant permettre son inscription puisqu'elle n'a pas été déclarée à sa naissance. Mamie l'inscrit en cours du soir mais elle n'est pas restée longtemps avant d'abandonner. Son oncle, fils de Mamie, détenait un bar et des filles qui venaient le voir chez eux l'envoyaient leur chercher des cigarettes. Elle les voyait fumer et elle essaya la même chose avec du papier roulé, elle avait 13 ans. Elle fréquentait ensuite les salles de cinéma où elle a connu des gens avec qui elle échangeait des joints de cannabis. Puis, alors qu'elle exerçait le travail de sexe, elle rencontre une autre personne très riche qui l'invitait chez lui pour fumer de la cocaïne.

Conclusion

Les enquêtes de terrain, dans un souci d'objectivation des données, ont inclus plusieurs catégories de personnes impliquées ou concernées par le processus de mise en place du dispositif de traitement pour les usagers de drogues. Les enquêtes ont été menées de manière chronologique en fonction de la partie ou des chapitres de la thèse. Cela a eu pour avantage de progresser par bases de données spécifiques qui ont été complétées au cours de la rédaction des chapitres avant de passer à une autre base.

Les données concernant les usagers de drogues ont été diversifiées en fonction des indicateurs que sont l'âge, le sexe, le niveau de scolarisation, les types de produits consommés..., qui sont des éléments mobilisés dans l'analyse des données. D'autres catégories d'acteurs sont observés et évoqués dans la thèse mais n'ont pas fait l'objet d'entretien lors de nos investigations.

CHAPITRE 7

ÊTRE CONSOMMATEUR DE *CAME* À DAKAR : ETHNOGRAPHIE D'UN MILIEU À LA MARGE

Introduction : le concept de marginalité

Le concept de marginalité vient du latin *margo* qui signifie « bord, bordure ». Akoun et Ansart le définissent comme une « conduite ou une personne non conforme aux normes » (Akoun A. et Ansart P., 1999 : 321). Selon Vernière, la marginalité est « située à une distance plus ou moins grande d'une limite ». Cette définition, ajoute-t-il, induit deux idées fondamentales : un phénomène n'est marginal que par rapport à un autre phénomène qui ne l'est pas et constitue une référence de base ; il existe un nombre indéfini de degrés dans cette situation marginale plus ou moins éloignée de la « limite du normal » (Vernière, 1973 : 587). Qu'elle soit voulue ou subie, la marginalité est souvent synonyme de rejet, voire d'exclusion, s'opposant à l'intégration sociale ou psychosociale. Parce qu'elle est le produit d'un mécanisme de discrimination, la marginalité renvoie ainsi à des représentations connotées négativement (Rioux L., 1998 : 635).

Selon Rioux, c'est Park qui, en 1928, introduisit pour la première fois la notion de marginalité en sociologie. Ses études portaient sur la structure de la personnalité marginale. De même, rajoute l'auteur, Stonequist (1937) tenta d'inventorier les divers traits caractéristiques d'une personnalité marginale. Tous deux considéraient le changement social comme une des conditions essentielles de la marginalisation et de la marginalité. Leurs recherches étaient donc essentiellement centrées sur l'adaptation ou l'inadaptation des individus aux structures sociales globales (Rioux, 1998 : 636). Dans la sociologie américaine de l'entre-deux-guerres, le concept de marginalité désignait la situation des groupes sociaux numériquement et culturellement minoritaires, vivant de manière plus ou moins déviante par rapport aux normes et ceci pour des raisons d'appartenance raciale, ethnique, linguistique, religieuse ou d'ordre économique (Marie A., 1981).

Les sociologues ont souvent tenté d'expliquer les phénomènes de marginalité en s'appuyant sur les concepts de déviance ou de contrôle social. La marginalité ainsi définie est conçue par rapport à une norme ; elle correspond à une situation perçue négativement au niveau de l'individu, du groupe et de la société. (Rioux L., 1998 : 636). Du point de vue de la sociologie, la marginalité joue une fonction importante dans la société. Rejeter un individu ou un groupe à la marge, écrit Rioux, c'est aussi le percevoir comme potentiellement dangereux ; c'est, pour le groupe marginalisant, affirmer la légitimité de ses fonctions de régulation et d'intégration mais c'est également lui permettre de se reconnaître comme « normal » en faisant jouer au groupe ou à l'individu marginalisé une fonction de « repoussoir » (Rioux L., 1998 : 636).

Le phénomène de la marginalité se présente sous deux formes principales. Ce peut être d'abord le fait de couches sociales depuis longtemps aliénées de toute participation réelle aux avantages et aux activités de la société : c'est la *marginalité socio-économique*, dont les racines tiennent aux structures de production et à l'organisation économique de la société. La seconde forme de marginalité se manifeste par un refus volontaire et explicite d'intégration à la société qu'on rejette : c'est la *marginalité socio-culturelle*, qui résulte de l'élaboration d'une sorte de sous-culture parallèle, plus ou moins en opposition à la culture dominante (Rocher, 2006 :7).

Ce chapitre interroge les formes que prend la marginalité aujourd'hui à travers l'étude d'une population de consommateurs de drogues en décrivant leur langage commun, leur profil, leur initiation aux drogues, les étapes de leur consommation. Une réflexion critique sur le concept de marginalisation sera faite en analysant le processus par lequel la marginalité se construit.

7.1. Le jargon du milieu des consommateurs de *came* à Dakar

Plusieurs termes utilisés dans le jargon des consommateurs de *came* seront utilisés à partir de ce chapitre. Ils sont employés par les consommateurs de *came* pour nommer les produits, les modes de consommation, les rapports à la justice, etc. Les termes sont issus de plusieurs langues que sont le wolof, l'anglais et le français en plus des termes qui relèvent de l'argot du milieu. L'écriture des différents termes employés dans le jargon des consommateurs de *came* se fera en fonction de l'orthographe spécifique à chaque langue employée.

7.1.1. Les termes liés aux produits

Came est le terme général utilisé pour désigner l'héroïne, la cocaïne et le crack.

Brown, bu xonk, of white ou sankal sont les termes employés pour désigner l'héroïne. *Sankal* est un mot wolof qui signifie « farine de mil » en français et qui fait référence à une qualité d'héroïne en poudre et de couleur blanche. « Of white » est son équivalent en anglais. *Brown* est un mot anglais qui signifie « marron », il fait référence à une qualité d'héroïne en poudre et de couleur marron. « Bu xonk » est son équivalent en wolof.

Coke, bu wex sont les termes utilisés pour désigner la cocaïne. *Coke* est le diminutif du mot français *cocaïne*, *bu wex* est un terme wolof qui signifie *de couleur blanche* en référence à la couleur de la cocaïne.

Xer est le terme utilisé dans le milieu pour nommer le crack, qui est un dérivé de la cocaïne et qui se présente sous forme de petite pierre, d'où l'appellation de *xer* qui signifie « pierre » en wolof.

Kepa c'est l'unité de mesure de la *came* qui correspond à un paquet d'héroïne. Il est issu du verlan du mot « paquet ».

Camelotte est le terme employé pour désigner un ensemble de plusieurs *képa* de came.

6.2.2. Les termes liés à la consommation

Sick ou *sickness* sont des termes anglais qui signifient « malade, maladie ». Ils sont employés dans le milieu des consommateurs de drogues pour dire « être en manque ». Le manque est associé à une maladie qui nécessite un traitement par la *came*.

Faju est un terme wolof qui signifie « se soigner » ou « se traiter ». Il est utilisé dans le milieu pour dire « prendre sa dose de came ». Ici, la dose de came est assimilée à un médicament qui sert à traiter le *sickness*.

Da ma sick, fook ma faju est une expression couramment employée qui est traduite littéralement par « je suis malade, il faut que je me soigne ». Dans le jargon des consommateurs de came, l'expression veut dire « je suis en manque, il faut que je prenne ma dose ».

Use est un terme anglais qui signifie « utiliser ». Il est employé dans le milieu pour dire « consommer ».

Sniff ou *foon* : le terme « sniff » est une onomatopée qui fait référence au bruit produit par le mode de consommation par voie nasale. Il désigne ainsi ce mode de consommation encore appelé « foon » en wolof.

Line est un terme anglais qui signifie « ligne ». Il est employé pour désigner un mode de consommation par « sniff » de la came étalée horizontalement sur un support.

Plata est le terme employé pour désigner le mode de consommation par inhalation.

Tama est un terme wolof qui signifie « petit tam-tam ». Il est utilisé dans le milieu pour dire « pipe ».

Door est un mot wolof qui signifie « frapper ». Il est employé dans le milieu pour désigner le mode de consommation par « injection ». Il fait référence à l'action de « frapper » la partie à injecter pour retrouver les veines.

Cocktail est le terme utilisé pour dire « mélange » de produit. Il existe différents cocktails.

Speedball est un terme anglais qui est utilisé pour désigner le cocktail d'héroïne et de cocaïne.

Flash est utilisé pour désigner l'effet de plaisir ressenti après la consommation de cocaïne ou de crack.

Tips ou **tipse** sont les termes employés pour désigner l'effet de plaisir ressenti après la consommation d'héroïne. Il correspond à l'expression « piquer du nez » en français.

Lonku est un terme wolof qui signifie « être accroché ». Il est employé dans le milieu pour dire « être dépendant » de la *came*.

Xori est un terme wolof qui veut dire « gratter, égratignure ». Il est employé dans le milieu pour dire « conséquences physiques visibles de la consommation de *came* ».

Junky, camé est le terme utilisé dans le milieu pour nommer les consommateurs de drogues.

Junkya est le terme employé pour dire « l'univers des consommateurs de *came* » qui est un milieu fermé où tout le monde se reconnaît.

Tracé est un terme français employé dans le milieu pour dire « trafic mobile ». Pour prévenir les rafles de la police, certains dealers se déplacent au quotidien pour vendre la *came* à des endroits différents, d'où le terme de tracé pour indiquer la « voie

empruntée » par celui-ci²⁷.

Réseau est un terme français employé dans le milieu pour dire « lieu de trafic fixe ».

Ginz ba est le terme employé pour désigner tous les lieux de vente de la *came*, que ce soit un réseau ou un *tracé*.

Togg est le terme utilisé pour décrire à la fois la transformation de la *cook* en *xer* par les dealers et la préparation de la dose de consommation.

7.1.3. Les termes liés à la déviance et à la justice

Job est un terme anglais qui signifie « travail ». Il est employé dans le milieu pour évoquer l'ensemble des stratégies et techniques « illicites » mises en œuvre par les consommateurs de *came* pour financer l'achat de leurs doses.

Genn est un mot wolof qui signifie « sortir ». Il est utilisé dans le milieu pour parler du travail de sexe qui est la principale stratégie de financement de la consommation de *came* chez les femmes.

Round est un terme anglais qui veut dire « tour ». Il est employé dans le milieu pour dire « voler, cambrioler ».

Cez est le terme employé pour dire « avoir des contentieux » avec la justice.

Danu est un mot wolof qui signifie « tomber ». Il est employé dans le milieu pour dire « être arrêté » par la police.

Taxaw est un mot wolof qui signifie « être debout ». Il est employé dans le milieu pour dire « plaider à la barre », au tribunal.

Cëpel est un mot wolof qui signifie « faire sauter ». Il est utilisé dans le milieu pour

²⁷ Cette technique de vente était employée par les dealers de *yamba* comme le montre Collomb qui écrivait que le commerce du *yamba* se fait le plus souvent dans la rue, les initiés connaissent le vendeur et prennent leurs précautions (parfois chez le vendeur ou chez un de ses amis les acheteurs étant prévenus) (Collomb et al., 1962). Le commerce de *came*, qui est entretenu par les mêmes dealers, emprunte les techniques et parfois les mêmes concepts que le *deal* de *boon*.

dire « dénoncer quelqu'un » à la police. Il s'agit le plus souvent de l'attitude des consommateurs de *came* qui dénoncent un dealer en cas de *cez* lié à la détention de produits, pour être libéré.

Bacc yi est le terme utilisé pour dire « les gendarmes ».

Coy yi, Bol yi est un terme employé pour dire « les policiers ».

Samp nul est un terme wolof qui signifie « jouer un match nul ». Il est employé dans le milieu pour désigner une stratégie qui, dans un contexte de jugement pour trafic de drogues, consiste à refuser le délit de trafiquant et d'avouer le statut de consommateur. Le *samp nul* utilise l'argument selon lequel la quantité de drogue saisie devait servir à aider au sevrage que le consommateur voulait faire en quittant le milieu (Dakar). La drogue saisie devait, argue-t-il, servir aux consommations des premiers jours hors de Dakar qui sont pénibles.

La description des termes et expressions employés dans le milieu des consommateurs de drogues laisse apparaître un ensemble de termes qui entrent dans le champs lexical de la santé tels que « sick », « faju » et « samp nul ». Elle montre aussi une présence de mots et expressions issus de l'anglais qui trouve ses origines dans l'influence des premiers trafiquants Nigériens, puis Ghanéens sur la consommation à Dakar. Le rapport des Nations Unies de 1999 intitulé « the drug nexus in Africa », décrivait un ensemble de termes utilisés dans différents pays anglophones africains que l'on retrouve dans le *junkya* à Dakar en 2015.

Cocaine and heroin are known and used in all 10 countries, being most widely used in South Africa and least used in Ethiopia. The cheaper crack cocaine is also consumed in Ghana, Nigeria, South Africa and Zimbabwe. Commonly used terms for those drugs in Nigeria, Ghana and Zimbabwe are the following: Nigeria cocaine : charlie, white, koko, coke, crack ; heroin : brown, gabana, biko. Ghana cocaine : white, crack, cocaine, rock, goju, African Karate ; heroin : brown. Zimbabwe, cocaine : cox, coke, crack (UN, 1999 : 20)

L'usage des différentes langues que sont le wolof, le français et l'anglais comme dans l'expression « dama sick fook ma faju » laisse apparaître deux constats. Sur la forme, elle montre la référence faite aux principales langues employées dans le

milieu des consommateurs de *came* à Dakar. Il y a d'abord le wolof (dans « da ma » qui signifie « je suis » ; et « faju »), qui est la langue nationale du Sénégal ; ensuite le français (dans le terme « fook » qui vient du français « il faut que »), qui est la langue officielle du Sénégal mais qui, de manière spécifique, s'explique par la présence de nombreux consommateurs de drogues sénégalais venus de la France où, pour la plupart, ils ont commencé leur carrière de consommation ; et l'anglais (« sick »), qui est une langue de référence à la consommation de *came* par l'influence historique mondiale du mouvement « hippy » et par le rôle local joué par les trafiquants Ghanéens et Nigériens à Dakar. Sur le fond, l'expression laisse apparaître une santéisation du discours qui tourne autour du terme « sick » que représente le manque, et du mot « faju » par la *came*. La vie du consommateur de *came* est rythmée par la maladie et la guérison par l'usage de la *came* comme médicament de traitement du *sickness*.

D'autres termes comme *képa* ont été employés dans les milieux de consommation de cannabis. En effet, comme l'écrit Werner, le *yamba* (ou *boon* ou *wii*, ou *shit*) se présente sous la forme d'un broyat de feuilles et de tiges obtenu après séchage de la plante. Il est commercialisé dans des cornets de papier journal (des « paquets » ou « képas » en verlan) dont le prix varie en fonction de la variété proposée (Werner JF, 1992). On peut poser l'hypothèse que le terme de *képa* est un emprunt du milieu de consommation du cannabis.

7.2. Contextes de la première consommation de drogues

La description des contextes de la première consommation permet de comprendre les circonstances, incluant les lieux, les moments, les acteurs, qui en ont été à l'origine. Les nombreuses circonstances d'entrée dans la *came* sont classifiées et réparties en deux grandes catégories. Dans la première catégorie, pour laquelle la circonstance d'entrée dans la *came* relève plus de l'influence que de l'initié, sont décrits les contextes de consommation par incitation par un tiers, l'initiation à l'insu et l'économie du trafic. Dans la seconde catégorie où la première consommation relève plus d'une volonté et d'une action individuelle, sont exposées les circonstances

comme l'entrée par curiosité, le désir d'affirmation de soi et le dernier pas.

7.2.1. Les modes d'entrée passifs

Entrent dans cette première catégorie les consommateurs de came qui ont été initiés par le biais d'un autre individu, qu'il soit consommateur ou dealer.

7.2.1.1. L'incitation par un tiers

Cette catégorie réunit le plus grand nombre de consommateurs de came rencontrés pour lesquels les circonstances sont décrites par des extraits d'entretiens avec eux.

Barry : « Mon ami et son copain venaient chez moi pour acheter après *ñuy use*, c'est eux qui consommaient. Moi je ne consommait pas. Mon ami me disait *bay* prend cette affaire, je lui dis non, cette affaire-là ne me dit rien. Il me fit des démonstrations. Parce que le *toubab* a d'abord pris de l'héroïne, mais lorsqu'il a pris de la *cook*, il me dit que la cocaïne cela enlève l'héro. Lorsqu'il l'a pris, il est devenu tout rouge, un peu marron et transpirait. Le gars me dit goute, je lui dis non. Il me força à plusieurs reprises, mais ce jour-là je n'ai pas pris. Le lendemain ou le surlendemain, j'ai touché mais ça ne me disait rien. Il me dit non vas-y encore *bay*. La deuxième fois j'ai fumé, j'ai *flashé*. J'ai su que c'était bon comme il le disait. C'est comme ça que j'ai commencé à fumer. Après je fumais des grammes de *cook* par jour durant des années mais je ne touchais pas à l'héroïne »

Maba : « J'ai commencé à prendre du brown en 1986. C'est mon copain *toubab* qui me l'a donné pour la première fois. Il l'a amené et m'a dit que c'est un type de drogue qui est inodore contrairement au *yamba* qui sent en plus, c'est ce que prennent les stars. C'est comme cela qu'il m'a dupée il m'a dit que si je sniffe ça je me sentirais bien alors qu'au temps on fumait du *boon* qui dégage beaucoup de fumée le *brown* était plus facile à utiliser. Tu prends une ligne et tu sniffes c'est comme cela que j'ai commencé à le prendre alors que je ne connaissais pas les conséquences. J'ignorai que le fait de prendre le *brown* trois jours d'affilés peut rendre sick au quatrième jour. Je l'ai fait par ignorance, je n'étais pas informé, je ne savais absolument rien de ce qu'on faisait. Après c'est moi qui en demandais, mon copain *toubab* me gâtait, il me donnait beaucoup d'argent donc ce n'était pas compliqué pour moi, on est resté quatre ans ensemble.

Suélo : « J'avais des amis drogués qui était dans le milieu de la musique comme moi. Ils m'ont dit que je jouais très bien mais, que j'aurais été excellent si je fumais du *boon* qui était la source d'inspiration de Bob Marley. Mais la première fois que j'ai fumé, je n'ai pas fait mon spectacle, j'étais complètement assommé, je n'ai pas pu jouer et je n'y avais plus touché pendant 3 mois. Les copains m'avaient incité à

recommencer ; la deuxième fois j'ai vu que ça m'avait apporté de l'inspiration, je jouais très bien et mon inspiration passait par exemple de 50 à 100%, et les gars s'étonnaient de me voir jouer si bien mais au lieu de m'en tenir à ça, ils m'ont encore dit que cet effet n'était rien comparé à la cocaïne qui est meilleure qu'une femme. Un jour, après une soirée, on nous a payé et un ami m'a dit : et si tu l'essayais ? Lui il consommait de l'héroïne et il nous le cachait. Ce jour-là, comme on avait de l'argent, on lui a donné 2500 frs pour qu'il nous achète de la cocaïne. Il a attaché le *tama*, en a goûté, parce qu'en fait il en avait envie, et nous a dit que c'est comme ça qu'il fallait faire, alors je me suis dit que je me passerai plus de ça. C'était ma première dose, et j'ai dit que les gars avaient raison, que c'était meilleur qu'une femme, parce que j'ai eu une belle sensation en plus ça ne rendait pas saoul ».

Le rôle d'un tiers dans l'initiation à la consommation de came apparaît comme essentiel dans la première circonstance d'entrée décrite ci-dessus et dans les autres circonstances qui seront décrites plus tard. L'influence d'un tiers comme catégorie à part trouve son explication dans la capacité d'arguer pour convaincre un individu à consommer la *came* en fonction du type de drogue à laquelle ils l'incitent. Pour la cocaïne, les arguments les plus fréquents sont : « c'est meilleur que le plaisir sexuel », « elle procure des performances artistiques » ; pour l'héroïne, l'argument le plus fréquent est « elle a des vertus aphrodisiaques » ; pour l'héroïne et la cocaïne : « c'est mieux que l'alcool et le cannabis, tu ne sens pas », « c'est les drogues consommées par les stars », « elles ne rendent pas saoul ».

Les différents arguments sur le plaisir, l'odeur, la virilité, les performances artistiques, le luxe sont utilisés en fonction de l'activité et du statut de la personne à initier. À l'image de Suélo qui est artiste, l'argument sur les performances musicales est utilisé par les tiers pour être sûr de l'intéresser à la cocaïne. Ces incitations sont faites dans l'objectif principal de créer un groupe de consommateur entre personnes proches (dans un couple, entre artistes, entre amis), mais aussi, comme dans le cas d'Alioune, pour pouvoir tirer profit d'un ami dealer ou nouveau consommateur avec qui l'incitateur peut espérer partager ses doses. Cette attitude qui consiste à inciter quelqu'un pour partager les doses laisse entendre une autre décrite ci-dessous.

7.2.1.2. L'entrée par l'économie du trafic

Cette pratique qui a pour esprit d'augmenter la clientèle en diffusant le plus largement possible la consommation chez des personnes perçues comme ayant des ressources potentielles pour acheter les drogues.

Momo : « Ceux qui m'ont fait entrer dans cette chose voulaient de la facilité pour avoir leurs doses. J'étais aux impôts et domaines je pouvais avoir jusqu'à 50000 CFA par jour grâce à mes business. Ceux qui m'ont initié l'un est vendeur et l'autre fumeur parfois le vendeur m'appelait à mon lieu de travail pour me demander s'il peut faire la réservation pour moi alors que c'est l'acheteur qui devait appeler pour se procurer de la *came*. Le premier jour ce sont eux qui sont venus me chercher je leur disais que ce qu'ils sont en train de faire là ce n'est pas mon dada ils m'ont alors demandé de goûter, je leur ai répondu que cela ne fait rien ils n'ont qu'à me laisser avec l'alcool et le *boon*. Ils m'ont alors demandé de goûter pour voir quel effet cela aura et au temps j'avais trois copines dans le quartier ils étaient dans ma chambre ils m'ont dit que si je fume cela et que je couche avec une fille woohou ! Ils m'ont donné un *line* pour que je le goûte, j'ai consommé ce jour-là du *brown* et du *cook*, je les ai connus en même temps.

Weuy : « Avec mes amis, on fumait du *boon* on allait vers la petite côte à Mbour tous les week-ends, on achetait beaucoup de *boon* et on emmenait un magnétophone. Un jour le grand qui nous vendait du *boon* nous a demandé si on connaissait le *brown* on lui a demandé ce que c'était, il nous a dit que c'est quelque chose de très agréable il nous a expliqué qu'on pouvait le fumer comme on pouvait le sniffer ou en faire du *cocktail*. Il nous fait un cocktail qu'on a fumé et il nous en a donné pour notre week-end. Après on a fumé pendant tout le week-end le *boon* qu'on avait amené, le *boon* était bon ce jour-là. D'habitude il nous en restait un peu, mais ce jour-là on a tout fumé et ça devenait de plus en plus bon. Le lendemain on s'est vu et on a commencé à parler on se disait mutuellement *boy hier c'était cool*. Un de mes amis avait gardé un joint il l'a sorti on a sniffé et on s'est mis à fumer après c'était très fun et on discutait. Le week-end d'après on est allé voir le grand qui nous avait donné le produit il nous a demandé comment était le week-end je lui ai demandé le prix du produit il nous a dit 5000 CFA, on en a acheté et on est allé à Somone. Une fois sur les lieux ce qu'on faisait en premier c'est de mettre tout sur une table on faisait des *line* et chacun fumait ».

Xaly : « Pour la première fois en 1992, j'étais un jeune, c'est un grand que je fréquentais qui me l'avait donné je peux dire d'une manière mesquine je ne savais pas les méfaits et les dangers qui se trouvaient dans la drogue. En ces temps, la drogue n'était pas comme ça, beaucoup de gens ne la connaissaient pas. Moi je n'avais que des échos sur la drogue du genre y'a un truc que les gens fument. Moi je ne fumais que le chanvre indien et je buvais aussi un peu d'alcool. Quand je fréquentais le grand,

il ne vendait que le chanvre indien et par suite la drogue. Il avait commencé à m'en offrir. Peut-être qu'il avait déjà fait ses calculs. Il a vu que s'il m'approchait il pouvait m'utiliser pour avoir de l'argent. C'est comme ça il m'a tendu un piège en me donnant la cocaïne et l'héroïne. Une semaine après je n'étais plus moi-même à l'école et je suis revenu pour lui dire parce que j'ai senti un malaise. Il m'a encore donné de la drogue, quand j'ai fumé je suis redevenu moi-même et j'ai su que c'était ça alors.

L'entrée par le piège du trafic se caractérise par une influence stratégique qui cible des personnes avec des ressources économiques capables de nourrir le trafic. Dans plusieurs cas, sont utilisés des arguments similaires à ceux présentés dans la première catégorie. Mais l'incitation à la consommation est calculée sur la base du pouvoir d'achat de l'initié qui peut être repéré à partir de sa fréquence d'achat du cannabis (les dealers vendent plusieurs drogues en même temps), ou par la complicité d'un autre consommateur.

7.2.1.3. L'initiation à l'insu

L'initiation à l'insu est la catégorie qui regroupe les personnes qui ont été entraînées dans la consommation par un tiers ne sans que l'initié s'en rende compte.

Coumba : Mon mari, quand il était encore mon petit ami, en vendait et il avait commencé à m'y habituer parce qu'il m'en donnait. On sortait ensemble, il vendait de la drogue et je ne le savais pas. Mais moi je fumais du *Boon* quand il me faisait un joint, il y mettait un peu de *brown*, et lorsque je le fumais je me réveillais le lendemain matin avec tout le corps qui me faisait mal. S'il m'arrivait d'acheter un paquet de *boon* ailleurs j'avais toujours le corps qui me faisait mal, il fallait que je retourne vers lui pour lui dire qu'il n'y a que son *boon* que je peux prendre pour avoir la paix. En plus je ne voyais pas comment il attachait le joint, quand j'en tirais deux fois seulement, je me sentais bien ; jusqu'au jour où un jeune homme qui vendait dans le bar me dit que « toi, sais-tu que ce que ce jeune homme te donne là c'est de la drogue ? » je lui répondais que non, ce n'était pas possible. Une fois, qu'il était en train de m'attacher un joint, je me suis mis à l'épier, quand il mit le *boon* et qu'il commença à y mettre l'affaire, j'ai tenu sa main et je lui ai dit « Toi tu es une mauvaise personne, pourquoi me donnes-tu ceci, alors que tu sais que ce n'est pas bon et que je le connais pas ? » alors il eut honte mais la drogue était déjà entrée dans mon corps ; par la suite le gars m'avait épousé et il me donnait de quoi me *faju*. Après ma mère eut écho qu'il me donnait de la drogue et elle a dissout notre mariage. Après bien que notre mariage était fini, j'avais déjà pris l'habitude de l'affaire et j'allais le voir pour lui demander de m'en vendre. Quand il me vendait parfois il m'en donnait aussi.

Zara : « Quand mon ami Abdou qui m'avait hébergé et beaucoup aidé en France est venu au Sénégal, il était dans la dèche et me parlait de ses problèmes, je lui donnais des sous avec plaisir. Donc il me fréquentait et un jour il est venu chez moi, en ce temps-là je sortais avec quelqu'un, un médecin qui travaillait à l'hôpital principal, c'était un Colonel de l'armée. Il me finançait bien, il me payait ma chambre et tout. Quand Abdou venait chez moi je lui permettais de fumer, on fume du *boon* jusqu'à présent lui et moi. Mais, le gars, s'il roulait le *boon*, il y mettait de l'héroïne qu'il mélangeait avec de l'herbe²⁸ ce n'est plus reconnaissable. Donc c'est comme cela que j'ai fumé de la came pour la première fois. J'ai fait cela pendant plus de deux mois, à chaque fois qu'il venait, il me demandait si je n'avais pas de *boon*, je lui dis que non et lui demande d'en acheter. Mais lui en faisait un cocktail et il me donnait cela. Donc moi, c'est lui qui m'a rendu accro, parce que le truc, quand tu le prends une semaine seulement, une semaine tu es accroché. Son but c'était de m'entraîner dedans afin que je devienne un « junky » comme lui parce que j'avais de l'argent ».

L'initiation à l'insu est la catégorie d'entrée dans les drogues la plus proche de « l'initiation par un tiers » mais qui s'en distingue par le fait que l'initié ignore sa consommation de *came*. Dans le cas de Coumba, le dealer l'enrôle dans la consommation d'héroïne avec pour objectif de maintenir les liens avec sa copine qui, ne se satisfait pas du *boon* acheté ailleurs. Dans le cas de Zara, l'initiation est l'œuvre d'un ami consommateur qui a raisonné sur la base du profit qu'il peut tirer en la plongeant dans la consommation. Elle peut aussi être l'œuvre des dealers qui, dans les années 1987, comme le montrait aussi Werner, n'hésitent pas à « miner » le chanvre (c'est-à-dire à le saupoudrer d'héroïne à l'insu des usagers) dans le but de se constituer une clientèle (Werner JF, 1992). Contrairement aux deux premières catégories d'initiation, les incitateurs ne recourent pas à des arguments.

²⁸ Terme utilisé pour dire cannabis.

7.2.2. Contexte d'entrée individuelle

7.2.2.1. L'entrée par curiosité

La volonté individuelle d'expérimentation des drogues est un motif d'initiation assez fréquent dans le milieu de consommation à Dakar.

Assane : « C'est à l'époque où je tenais la dibiterie de mon oncle, j'y ai connu des sénégalais qu'on avait rapatriés, un d'entre eux m'y a initié. Mon oncle me laissait gérer tout seul à partir de 1 heure et, ce jour-là, l'un d'entre eux m'a trouvé et m'a dit : *mais boy, l'alcool que tu consommes toi et tes clients, ce n'est pas bien, il y a quelque chose de plus discret que tu peux utiliser sans qu'on sache*. Il m'a dit le prix, je lui ai donné pour qu'il m'en achète pour que je découvre la chose quoi, parce que bon j'étais très curieux (rires). Il m'en a cherché, je l'ai essayé et lui ai dit que c'était mieux. Il m'a alors dit que dès que j'en voulais je pouvais venir vers lui quoi. J'ai commencé par n'en prendre que par samedi. C'était le *brown*. Je lui ai demandé plus tard où ça se vendait quoi, je voulais connaître les vendeurs. Il se trouvait qu'ils habitaient juste derrière la maison où on se trouvait. Je me suis familiarisé à eux et j'allais vers eux directement. Bon, dans la dibiterie aussi, parfois, des venants de France y passaient s'ils en avaient besoin, j'allais leur en chercher ».

Véro : « C'était en Espagne en 1988, avec mes amis toubabs. On revenait de boîte mais ce n'était pas la première fois qu'on fumait mais ça ne m'intéressait pas on revenait de boîte on m'a demandé d'essayer j'ai essayé et j'ai demandé à goûter un type puis à un autre type de *came* et je leur ai dit que c'est bon! Après j'ai dit "quiero más" (j'en veux encore). Je disais toujours " quiero más, tienes que darme" (j'en veux encore, il faut me donner)! Parce que c'était bon. Après je prenais de plus en plus goût à la chose pendant les six derniers mois de mon séjour là-bas parce qu'après je suis revenue ici à Dakar.

Je suis revenue à Dakar en 1993 je sortais j'allais danser et tout jusqu'à un jour une amie qui était à Madrid est venue au pays parce que je suis restée ici pendant des années quand elle est venue elle m'a contacté et on a commencé à sortir comme elle fumait aussi elle m'a demandé où est-ce qu'on pouvait aller s'éclater je lui ai dit que je ne connais plus rien ici car Dakar a beaucoup changé pour moi. Elle a appelé un de ses amis qui lui a dit d'aller au quartier « Sans loi » j'ai crié sans loi ? Après j'ai dit que je ne vais pas aller à « Sans loi » après ils ont ri. Par la suite on est venu nous chercher mais son amie ne fumait pas son copain est un musicien très célèbre on a acheté du *crack* pour fumer. Je connaissais de plus en plus le milieu. Je sortais avec un dealer. Je l'aidais pour le transfert, la vente, la surveillance... Je l'aidais pour la vente et tout c'est comme cela que je me suis familiarisée avec le circuit et je ne me saps pas pour faire le travail je mettais un short, un tee-shirt ma tête en tignasse comme un bouffon ».

Aicha : J'avais une amie qui venait de France qui logeait chez moi et chaque soir, on allait en boîte. J'étais une jeune fille coquette, je m'habillais bien, j'allais en boîte, j'étais très branchée. Elle fumait sa drogue et moi mes joints de *boon*. Elle puisait parfois du *brown* dans sa main et le sniffait, après elle « planait », elle était *nice* elle se sentait très bien, elle devenait très jolie, elle avait de beaux yeux. Je la regardais, et je l'admirais, je lui disais qu'elle était très belle quand elle faisait ça, alors j'ai commencé à la copier. J'en dérobais dans une mallette quelle gardait dans la chambre, elle en était remplie, dès qu'elle tournait le dos j'en prenais, je le mettais dans la cigarette que je fumais, j'avais vu les blancs qui venaient la voir faire comme ça. J'utilisais le filtre des cigarettes pour fumer la drogue, je l'aspirais dedans et je l'allumais pour fumer, et c'était excellent, je continuais comme ça, je prenais un sachet à chaque fois et je l'ai fait trois jours durant. Un jour, elle m'a trouvée, allongée, elle m'a demandé ce que j'avais parce que je planais, elle m'a demandé si j'avais touché à ses doses et j'ai répondu que non, elle a rigolé et insisté parce qu'elle a dit que j'étais en train de *tipsé*. Alors j'ai répondu qu'en fait, oui, j'y avais goûté. Après je l'obligeais à me donner des doses à chaque fois, elle avait un fournisseur ici, elle récupérait la *came*, dans une cabine de téléphone, quand j'avais de l'argent je lui donnais 15000 CFA pour qu'elle en achète, en ce temps-là, le gramme était à ce prix. Elle cuisinait le *xer*, enlevait les petits grains et me les donnait, elle se gardait les gros, qu'elle associait au *brown*, c'est comme ça que je suis devenue accro, mon amie là est d'ailleurs retournée en France.

L'entrée par curiosité trouve son origine dans la fréquentation, par un individu, d'un tiers consommateur et/ou dealer, qui observe et connaît le trafic et les produits ainsi que leur mode d'usage. Des arguments peuvent être exposés mais l'action individuelle poussant à consommer, parfois malgré les mises en garde des tiers, est plus déterminante.

7.2.2.2. Le bout de la chaîne

Le bout de la chaîne est l'expression employée pour désigner une consommation individuelle de type évolutive. La *came* est considérée par les usagers de drogues comme *le plus haut degré* parmi les drogues qu'ils ont connus

Petit : J'avais 9 ans quand j'ai commencé à fumer le *boon*. Je connaissais un grand avec qui je passais du temps il prenait du *brown* qu'il mélangeait avec de la cigarette quand il lui en restait un peu il me l'offrait, j'avais commencé à fumer il m'offrait les restes de cigarette un jour il m'expliquait que si je fume ça je peux rester longtemps sur une femme c'est lui qui m'a le plus poussé dedans. J'avais trois à quatre copines à l'époque. Quand il m'a dit cela j'ai voulu tenter l'expérience. Cela s'est passé comme

il avait dit et je voulais remettre ça à chaque fois que je voulais avoir un rapport j'allais chercher le truc pour le fumer pour rester pendant longtemps sur la fille.

Zale : « Moi je vendais du *boon* dans mon quartier je buvais de l'alcool. Un gars est venu dans mon quartier pour me voir le gars venait de sortir de prison, quand il est venu on lui a dit que c'est moi qui vend le *boon* au niveau du quartier il est venu me voir on a discuté et on vendait on rentrait ensemble et la nuit on s'éclatait avec d'autres de ses amis il avait des connexions avec des journalistes et musiciens. Il avait laissé la maquette chez moi comme on était presque tout le temps ensemble. Moi je vendais le *boon* et voyais qu'on l'appelait tout le temps dans la rue pour qu'il *faj* des personnes je lui ai demandé ce qu'il vendait, il m'a dit que c'est de l'héroïne si les gens ne l'ont pas ils deviennent fous. Parfois je l'aidais à écouler le produit on mettait le produit dans des paquets je le voyais fumer et j'en voulais mais il m'a défendu d'en prendre je lui ai dit que je suis jeune et je vends du *boon* mais il m'a interdit de toucher à l'héroïne

La première fois, on était en groupe et on empaquetait le produit après je fêtais mon anniversaire chez moi sur la terrasse à la fin mes copines se battaient je suis alors descendu et je me suis enfermé dans la chambre j'ai pris ma tête entre les mains j'ai pris la maquette et j'ai commencé à fumer j'ai pris deux, trois après je me suis endormi le lendemain je me suis levé vers midi. Quand je me suis réveillé j'ai senti que je ne savais pas grand-chose de l'anniversaire de la veille et en même temps je n'avais pas la forme le truc m'avait mis K.O comme j'avais entendu dire que si on en fume de nouveau ça peut aider j'ai fait un autre joint et j'ai fumé pendant la nuit parce que j'ai quitté la fête vers 3H du matin pour fumer quand je me suis réveillé vers 12H j'ai senti quelque chose dans mon corps et j'ai fumé de nouveau. Après, quand je ne fumais pas je n'étais pas en forme même quand je prenais du Rosé (vin), je le vomissais aussitôt après comme j'avais tout le temps le truc avec moi je prenais dès que je sentais l'envie de bailler. Là j'ai su que c'était cela ».

Labba : « Au début, c'était en France et c'était juste pour le plaisir et puis c'est devenu presque comme une habitude. J'ai commencé à fumer du haschich, les drogues douces quoi, et après j'ai commencé à monter petit à petit, j'ai pris de la drogue dure, de la cocaïne. La première fois c'était avec mes potes du quartier et c'était juste pour découvrir ce que ça faisait sur une personne et puis avec l'engrenage c'est devenu un créneau et puis de jour en jour on en rajoute et puis on passe de la drogue douce à la drogue dure. J'avais des amis qui en consommaient, c'est un peu un engrenage. Comme les amis en consommaient et tout moi aussi j'ai voulu essayer et finalement je suis tombé dans l'injection.

La catégorie est ainsi nommée en référence au parcours individuel de l'initié qui a eu l'expérience de plusieurs drogues avant de consommer les cames qu'il considère comme « le terminus » de leur trajectoire de consommation. La notion de « terminus », en référence à la ligne d'un bus, signifie pour les consommateurs de

came, 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). Contrairement à la catégorie du « pas curieux », les individus qui entrent dans cette catégorie sont dans les prédispositions pour consommer les comes avec ou sans arguments s'ils arrivent à les croiser dans leurs trajectoires de consommation des produits.

7.2.2.3. Le désir d'affirmation de soi

Le désir d'affirmation de soi comme motif de premier usage intervient dans les contextes où l'initié côtoie le milieu de la consommation ou de trafic qui le pousse, parce qu'il veut s'auto-affirmer, à la consommation de drogues.

Brama : « Un accident ! C'est-à-dire, défaut d'information. J'en avais un tout petit peu entendu parler, mais c'était de façon assez éphémère. Une rencontre avec un copain qui me présente la chose, qui me présente des arguments... Il disait..., en ce temps-là je buvais de l'alcool, *bon ça c'est mieux que l'alcool que tu prends, celui-ci hein, quand tu le prends ça ne sent pas, hein, personne ne saura que tu prends quelque chose, toi aussi, tu es un responsable maintenant.* En ce temps-là j'avais déjà mon diplôme et j'avais commencé ma vie professionnelle... *tu es un responsable, regardes est ce que moi je suis dénaturé ? Je suis bien normal, prends moi ça, goute...* et puis bon pour ne pas être ridicule entre guillemets, je me suis dit ben, puisque eux ils le font, je vais faire moi aussi. Puisqu'on est ensemble, ils vont peut-être me prendre pour un innocent, alors que moi je suis un gentleman, je vais leur montrer comment c'est, j'ai pris l'affaire, je sniff, je sniff encore. Le lendemain je viens... et eux ils savent en te donnant ça vers où ils te conduisent... on dit que celui qui se noie voudra toujours en emporter un autre. C'est toujours comme ça, les gens trouvent toujours des arguments pour t'y mettre, là c'est un accident, j'étais au mauvais moment, au mauvais endroit, en mauvaise compagnie.

Kawman : « J'ai commencé en 1990 en France. Mes grands frères, avec qui je logeais à Paris en vendaient. Je les voyais fumer, je les voyais rigoler tout contents. Les belles femmes venaient les voir, les gens branchés dans le quartier, les gens en motos, en voiture parce que c'est un milieu un peu luxe. Je me suis dit il faut que je cherche comment faire comme eux. Parce que je les voyais gagner en une journée cinq cent mille tout de suite. Je me suis dit ah ! Il faut que je sache comment faire ça moi aussi. J'ai observé où ils cachaient ça. Je volais chez mes grands frères, je le revendais aux copains à l'école. J'ai eu un copain qui marchait avec moi, et lui aussi il en consommait. Avant d'aller en cour on achète une cigarette et on fume un joint. Quand j'ai commencé à vendre j'ai pris conscience que les gens me respectaient, parce que les gens sont dépendants du produit, donc ils viennent ils m'attendent tous que je me réveille. Je me suis senti important, j'ai senti que j'étais important parce que les gens

m'attendent, avant j'étais rien. Maintenant je vends à des patrons, des directeurs tout le temps. Donc j'ai commencé à progresser dans ça, à y aller j'ai jamais su qu'on pouvait tomber accro parce qu'il y avait le produit à gogo, je prenais comme je voulais. Je venais de temps en temps en vacance. C'est plus facile ici qu'en France, quand je venais je pensais que y'en avait pas par ici, hors c'était plus fourni ici. Je demandais à des personnes d'aller acheter pour moi, je leur donnais 100 milles francs et je leur disais d'aller m'acheter 5 grammes.

En conclusion, les différentes catégories listées ne sont pas exclusives mais permettent de décrire la diversité des contextes de première consommation. Au-delà des aspects spécifiques à chaque catégorie, il existe des caractéristiques générales communes qui déterminent l'entrée dans la consommation de *came* et qu'on retrouve généralement dans les profils des différents individus. Les initiés à la consommation de *came* habitent généralement dans des quartiers où les produits sont disponibles, ou bien connaissent et fréquentent un ou des individus qui sont dans le milieu en tant que consommateurs ou dealers. À cet univers favorable à l'entrée dans la *came*, s'ajoute une trajectoire de consommation antérieure de divers produits tels que la cigarette, le *boon* ou l'alcool. Il y a enfin comme dernier facteur, l'absence de connaissance des effets de la *came* à l'entrée dans la consommation.

7.3. Les étapes de la consommation de *came*

La description des circonstances de première consommation laisse encore non élucidée la question de la carrière de consommation qui va au-delà de la prise de la première dose. Dans divers contextes, il apparaît que l'initié est parfois *victime* d'une influence externe, par un tiers consommateur ou par un dealer. Cela laisse encore posée la question de savoir pourquoi l'initié, qui pouvait s'arrêter à la première dose, devient finalement un consommateur de *came*. Qu'est ce qui, en d'autres termes, pousse l'initié à consommer une seconde fois et plusieurs autres fois, la *came* ? La réponse à ces questions passera par la distinction empirique de plusieurs moments dans la carrière de consommation. Le premier ou « lune de miel » est caractérisé par plusieurs motifs de consommation qui poussent les initiés à reprendre des doses de *comes*. Le second, qui est une phase de transition, correspond au moment où l'initié prend conscience de son niveau de dépendance. Le troisième ou *lonku*, se caractérise

par l'imprégnation, par le consommateur de *came*, de la culture du milieu qui englobe le jargon et les pratiques pour financer la consommation.

7.3.1. La lune de miel

La lune de miel correspond à la première étape dans la trajectoire de consommateur pendant laquelle l'initié trouve une satisfaction individuelle dans sa consommation tant qu'elle lui permet de répondre à un ou plusieurs besoins. Les motifs de consommation sont fixés par le consommateur de *came* lui-même qui a déjà été initié, quelle que soit la circonstance de sa première consommation, et qui fait de lui le propre responsable de sa carrière de consommation.

7.3.1.1. La recherche de plaisir

La recherche de plaisir est le premier motif de consommation identifié chez la plupart des consommateurs de *came*. Plusieurs termes sont employés dans le jargon des consommateurs de *came* pour exprimer le plaisir ; le plaisir provenant de la consommation d'héroïne est appelé « tips » ou « tipsé » qui correspond à l'expression française « piquer du nez » ; le plaisir procuré par la consommation de cocaïne est appelé « flash » ou « flashé ». Cette étape correspond au « nirvana » décrit par René Flurin lorsqu'il écrivait que « les centres nerveux, saturés d'endorphines sous l'effet de la drogue, entraînent plaisir et jouissance dans l'oubli des difficultés du moment. C'est le nirvana »²⁹.

Un second type de plaisir décrit est celui des capacités physiques que procure la consommation de drogues. Weuy évoque le plaisir à consommer la *came* qui procure un *bien-être* (extraverti, pas timide).

« On était sept on était à la Médina il y avait beaucoup de jeunes dans notre groupe et les jeunes nous faisaient gagner de l'argent je peux te dire que je suis resté 5 ans sans avoir de sickness parce qu'on avait de l'argent et on ne connaissait pas les effets de l'héroïne à l'époque quand tu prenais de la *came* on te considérait comme une star

²⁹ René Flurin, *la drogue, un drame de notre temps*, Bibliothèque Médical Lemanissier, Le mans France, 2001, <http://www.bmlweb.org/droque.html>, consulté le 19/11/15 à Dakar.

parce qu'on n'était pas timide et là où les autres étaient à 100 on était à 200 et on cassait la baraque ». (Weuy)

La recherche de plaisir, motif principal pour certains, est, pour d'autre complémentaire à un autre motif qui est la recherche de consommation discrète.

7.3.1.2. Rester dans la consommation discrète

Les extraits d'entretien suivants de Assane et de Brama illustrent la recherche de discrétion, qui doit entourer la consommation pour en permettre la poursuite.

« Quand j'en ai pris la 1^{ère} fois, parce qu'avant je buvais, quand j'en ai pris je me suis dit que je préfèrai son effet à celui de l'alcool vu que j'avais des marchés, l'odeur de l'alcool, quand je parlais aux clients et tout, et puis l'effet de la drogue était différent de celui de l'alcool » (Assane).

« En ce temps-là je buvais de l'alcool, bon ça c'est mieux que l'alcool que tu prends, celui-ci hein, quand tu le prends ça ne sent pas, hein, personne ne saura que tu prends quelque chose, toi aussi, tu es un responsable maintenant, en ce temps-là j'avais déjà mon diplôme et j'avais commencé ma vie professionnelle, tu es un responsable, regardes est ce que moi je suis dénaturé ? Je suis bien normal, prends moi ça, goute...et puis bon pour ne pas être ridicule entre guillemets, je me suis dit ben, puisque eux ils le font, je vais faire moi aussi. Puisqu'on est ensemble, ils vont peut-être me prendre pour un innocent, alors que moi je suis un gentleman, je vais leur montrer comment c'est, j'ai pris l'affaire, je sniffe, je sniffe encore » (Brama).

Dans les débuts de la consommation de *came*, le rapport à autrui est déterminant dans la mesure où il influe sur le choix du type de drogues et du mode de consommation adopté. La consommation de *came* permet, pour certains individus, de gérer un statut qui les met dans des rapports de face à face avec d'autres individus dans le cadre professionnel. Le plaisir, bien qu'il soit recherché, devient secondaire et complémentaire au motif de consommation discrète et affecte à la *came* une valeur double.

7.3.1.3. Un motif lié à la sexualité

Le plaisir associé à la *came* est souvent mentionné, dans les discours, en comparaison avec le plaisir sexuel. Les arguments pour inciter à la consommation font souvent usage du plaisir que procure la *came* qui « dépasse le plaisir sexuel » pour des personnes qui consomment le *xer* et qui permet « d'être sexuellement performant » pour les consommateurs de *brown*.

« C'était ma 1ère dose, et j'ai dit que les gars avaient raison... C'était meilleur qu'une femme, parce que j'ai eu une belle sensation en plus ça ne rendait pas saoul » (Suélo).

« J'avais commencé à fumer, il m'offrait les restes de cigarettes. Un jour il m'expliquait que si je fume ça je peux rester longtemps sur une femme. C'est lui qui m'a poussé le plus dedans. À l'époque, j'avais trois à quatre copines, quand il m'a dit cela j'ai voulu tenter l'expérience. J'ai eu le résultat escompté, et je voulais remettre ça à chaque fois que je voulais avoir un rapport, j'allais chercher le truc pour le fumer pour rester pendant longtemps sur la fille » (Petit).

Il apparaît avec le cas de Petit que le plaisir n'est parfois pas recherché dans l'effet direct de la consommation de *came* mais que la *came* permet d'accéder à un autre type de plaisir. Cette fonction de l'héroïne de la consommation l'accroche à l'héroïne.

7.3.1.4. La performance artistique

L'obtention de performance artistique est aussi un motif de la consommation que se fixent certains individus dans le milieu.

« Après, c'était le *boon* qui faisait ça, on était jeune et tout ; après, j'ai rencontré des drogués. Ils m'ont dit que je jouais très bien mais, que je serai excellent si je fumais, que Bob Marley était inspiré par le *boon* et tout quoi. (...). Les copains m'avaient incité à recommencer mais, cette fois j'ai vu ce que ça m'avait rapporté... de l'inspiration, je jouais trop bien et mon inspiration passait par exemple de 50 à 100%, et les gars s'étonnaient de me voir jouer si bien mais au lieu de m'en tenir à ça, ils m'ont encore dit que cet effet n'était rien comparé à la cocaïne. Et ils m'en ont ramené comme ça et quand j'y ai goûté j'ai vu ce qu'il m'avait dit. J'en prends avant mes prestations pour avoir du bon niveau » (Suélo).

Les propos laissent entendre que la recherche de performance artistique atteint son

niveau supérieur avec la consommation de cocaïne bien que d'autres produits (*boon*) permettent aussi d'y accéder.

7.3.1.5. Se réfugier et se reconforter

L'idée de refuge par rapport à un problème ou à une épreuve de la vie est également apparu dans les données comme motif que se fixent certains individus dans le *milieu*.

« J'avais une déception par rapport à moi-même par ce que j'avais engrossé une fille qui était de mœurs légère. J'ai ressenti un dysfonctionnement, j'étais plus fier de moi-même et j'ai voulu me cacher dans la drogue pour mieux supporter la situation et je suis encore passé bêtement (Xali).

Après avoir été introduit dans la consommation par *l'économie du trafic*, Xali devait replonger et poursuivre sa consommation suite à un sentiment de déception. La consommation d'héroïne, selon lui, permet de surmonter une épreuve et de se refaire un nouveau statut permettant de faire face à ses difficultés.

7.3.2. Devenir *junky* : la phase de transition

Le *junky* (*junk* signifie « saloperie » en argot anglais) est, dit-on « un hippy qui a perdu l'espoir » et c'est de cette désespérance que va naître l'escalade vers des produits plus toxiques (Schmelck MA, 1993 : 48). Le nom de *junky* est donné au consommateur de drogues par ses pairs suite à son intégration et sa fréquentation du milieu. Cette phase est la plus courte dans la carrière de consommation et constitue le moment où l'initié se rend compte de son accrochage aux drogues suite à la fin de sa lune de miel, marqué par la fin des ressources pour se procurer les produits. Ce moment est marqué par l'insertion du *junky* dans un groupe et par la mise en œuvre de stratégies individuelles ou collectives pour financer sa consommation.

7.3.2.1. L'insertion dans un groupe

Le milieu des consommateurs de *came* n'est pas homogène mais laisse distinguer plusieurs sous-groupes qui se constituent en fonction des centres d'intérêts des différents membres. L'ensemble des groupes formés constitue le *junkya* qui lui est

antérieur et plus grand, où tout le monde ne se fréquente pas mais, au moins, se connaît. Cette connaissance du milieu et de ses membres passe le plus souvent par deux canaux comme le montre les extraits d'entretiens suivants :

« Je ne connaissais pas le tracé c'est de fil en aiguille si tu connais Hamar, Lamine, et que ce dernier connaît quelqu'un d'autre il te le présente chez lui tu vas forcément connaître ce dernier surtout dans ce genre de milieu ça passe vite » (Maba)

« Aux Parcelles Assainies il y a des dealers, à la Médina il y a des dealers, à Grand-Dakar il y a des dealers, je peux rester dans mon quartier mais il y a des moments où il y a rupture à Grand-Dakar je serais obligé d'aller à la Médina comme ceux qui sont aux Parcelles et à la Médina peuvent être confrontés au même problème donc on est forcément obligé de se rencontrer de se connaître » (Weuy).

L'intégration dans le milieu passe d'abord par la présentation aux autres par un tiers qui, le plus souvent, est l'initiateur à la consommation. Cela se passe dans les *réseaux* et les *tracés* où ils vont pour se procurer les produits. D'où le rôle majeur de « chez le dealer » dans le processus d'intégration et de connaissance généralisé des membres du « junkya ». Le *tracé*, par sa mobilité, crée des rencontres entre *junky* d'origines diverses et le *réseau*, de par les ruptures fréquentes de *came*, pousse les *junky* de migrer vers d'autres pour acheter leur *came*. L'intérêt d'intégrer le cercle, dit Maba,

« est de trouver à chaque fois que de besoin quelqu'un qui soit en mesure de nous guider. Quand on est seul dans ce milieu on ne peut pas savoir où exactement se trouvent les choses mais si tu crées des rapports avec les gens tu as le choix on te dit qu'il y a de la bonne *came* ici il faut aller là-bas. L'intérêt c'est aussi de savoir qui la détient parfois on peut te dire qu'Alimou n'a pas de *came* par contre un autre l'a ; du coup on se rabat sur lui, celui que tu ne connais pas ne peut te fournir ces informations ».

Au-delà de la connaissance du *junkya* qui joue un rôle important, des groupes spécifiques se constituent en fonction de plusieurs centres d'intérêt. Les relations des membres des sous-groupes peuvent être antérieures à l'entrée dans le *junkya*.

« Tous les usagers de *came* se connaissent mais ils n'ont pas d'affinités. Ceux avec qui je suis la plupart du temps je les ai connus avant, nos relations sont antérieures à la drogue, c'est avec eux que je suis jusqu'à présent mais celui qui habite à la Médina, aux Parcelles Assainies ou à Grand-Dakar on va forcément se connaître » (Fallou)

Le plus souvent, les consommateurs de came procèdent par un regroupement en fonction de leurs modes de consommation.

« Il y a les fumeurs, d'autres qui *door* ou *plata*. C'est en fonction du mode d'utilisation. Parce que je n'aime pas la piqûre je n'aime pas ce système si de grands gaillards te piquent par contre il y en a qui n'aiment pas sniffer » (Maba).

« Ceux avec qui on partage le même *sickness* si je vois par exemple et qu'on a la même *sickness*, et que ce que nous voyons tous les deux c'est comment faire pour avoir l'argent qui va nous permettre de *faju*. De fait il use de subterfuges de son côté moi aussi je fais pareil de mon côté pour avoir l'argent dans le but d'avoir de la came » (Zale).

Il est admis dans le milieu que ceux qui ont le même mode de consommation ressentent le même *sickness* (manque). L'expression « avoir la même *sickness* » est utilisée comme métaphore de « ressentir le même manque ». Ce type de regroupement basé sur des pratiques identiques, permet de voir en l'autre ce que le consommateur de *came* ressent lui-même quand il est en manque. La collaboration entre les membres d'un groupe est une fonction importante tant qu'elle permet de s'entre aider mutuellement.

« Se crée les liens de l'amitié mais la base c'est la came parfois ça coûte 2500 CFA je te dis par exemple que j'ai 1250 CFA et l'autre il a 1250 on se cotise pour en acheter pour se soulager et sortir ensemble pour aller chercher de l'argent » (Maba).

« Je fréquente les vieux qui ont l'âge de mon père. C'est dû au fait que je fume, je ne pouvais plus être avec les jeunes de mon âge, parce que nous n'allons pas dans la même direction, je ne peux pas composer avec les autres. Parce que nous avons les mêmes chemins, nous nous partageons nos *boon* et nos *brown*, on a le même lieu de *faju*. On se rencontrait chez le dealer pour consommer, on rentrait ensemble à la maison après on faisait le *round* pour se procurer de la *came* » (Petit).

La consommation de groupe est un fait qui a été rapporté par Collomb chez les consommateurs de *yamba* aussi. Il écrivait que les fumeurs se réunissent au gré de leur fantaisie par groupes plus ou moins importants (2-3 7-8) dans des maisons abandonnées des vieux autocars désaffectés ou sur les plages. Beaucoup de fumeurs, poursuit-il, assistent aux séances de cinéma (jusque vers les années 90) groupés aux places les moins chères facilement identifiables cause de odeur spéciale que dégagent les cigarettes de *yamba* (Collomb et *al.*, 1962).

De même, Werner disait de son interviewée principale qu'elle n'est pas une consommatrice régulière de yamba (elle lui préfère l'alcool) et, comme 75 % des usagers interrogés, elle en fume uniquement en groupe, pour accompagner quelques verres de thé, à l'instar de ce qui s'est passé quand elle a été arrêtée pendant le couvre-feu (Werner JF, 1993).

La consommation individuelle est très variable elle est extrêmement difficile à préciser mais on peut l'estimer faible. Elle dépend des possibilités financières des fumeurs : certains se réunissent pour fumer un petit cornet ils se repassent après avoir tiré deux ou trois bouffées (Collomb et *al.*, 1962).

7.3.2.2. L'initiation aux techniques de financement de la consommation

Devenir « junky » est une phase marquée par la fin des ressources et par la prise de conscience d'un statut nouveau de *lonku* à la *came*. Dans ce contexte, le consommateur s'initie à une stratégie, appelées *job* dans le milieu, pour financer ses doses, qui sont en général des actes « illicites ».

« Je me réveille le matin, je fabrique mes documents, des livres qui n'existent pas ici, je fabrique des documents que je revends. Je fais des titres sur des célébrités, je faisais des écrits des portraits sur ces personnages en Afrique et au Sénégal, par exemple Ché Guévara, Mame Abdoul Aziz, ou n'importe qui. Par exemple Le Pape, les dimanches, je peux aller à la Cathédrale, ou à Poponguine, je fais une biographie sur le Pape, parler de sa vie de ses œuvres et des choses du genre, et leur dire achetez s'il vous plait je suis dans le besoin j'ai des problèmes c'est pourquoi j'ai fait ça. Tous les jours il faut que tu réfléchisses à où aller aujourd'hui. Comme ça que je me débrouillais pour ne pas toucher l'argent d'autrui (Kawman).

« Le sickness était terrible, tu ne peux même plus aller travailler, j'étais finalement obligé de faire des *deal*, vendre, quémander 100 francs par ci, par là. Des fois cela peut te pousser à mentir à ta famille : comme par exemple que je vienne te dire eh X aujourd'hui je n'ai pas d'argent, est ce que tu pourrais me filer quelque chose pour la maison ? Des choses comme cela, et tu sais nous nous sommes des sénégalais ; il y a certaines choses si tu les dis, ton parent de sénégalais aura pitié de toi » (Fecca).

« Le grand (dealer) est tombé j'ai eu peur et j'ai arrêté de vendre après je passais du temps avec mes copains à faire du *round*. Il y avait le grand, celui qui m'a poussé à fumer, un jour il m'a dit boy viens on va au cap Manuel. Au premier jour il a volé

quelque chose et me l'a donné et j'ai voulu remettre ça. C'est ainsi que je le faisais chaque jour avec lui ou avec des amis » (Petit).

« Je sortais avec un dealer il vendait de la came en même temps du *brown* je l'aidais j'étais belle à cette époque-là ! Je l'aidais en ce qui concernait le transfert, la vente, la surveillance etc. Il y avait aussi le *brown* parce que c'était le milieu c'était gratuit pour moi il y avait trop de facilités. Une fois qu'il terminait d'emballer le *brown* je prenais tout le reste » (Véro).

« Cela m'a poussé à tout faire, le multi partenariat et toute sorte de chose » (Maba).

Les *jobs* identifiés tels que le petit commerce, le *round*, le *pick pocket*, la manche, le mensonge, sont pratiqués dans le milieu sans distinction de statut (age, sexe). Certains *jobs* nécessitent une initiation dans un groupe restreint ; c'est l'exemple du *pick pocket* et du *round* à moins que le consommateur de came les ait pratiqués avant son entrée dans le *junkya*. En plus des *jobs* communs, la plupart des femmes pratiquent le *genn* (travail de sexe), dans le milieu ou hors de celui-ci.

La phase devenir *junky* est une période de transition qui passe souvent très vite et qui annonce la phase *lonku*. Cette phase de transition est la période où l'initié procède toujours à sa présentation dans le milieu si, dans sa lune de miel, il se procurait la *came* par un tiers (ami ou initiateur). Les fonctions de cette intégration dans le milieu sont le partage de l'information sur les *came* (disponibilité, *tracé* quotidien, bonne *came*), le partage de produit en cas de déficit financier, l'initiation à des stratégies collectives ou individuelles de financement de sa consommation, d'où l'existence de plusieurs groupes dans le *junkya*.

7.3.3. La phase *lonku*

Le terme *lonku* est issu du wolof et signifie « être accroché » ; elle traduit, pour les consommateurs de *came*, le stade où les produits prennent les commandes sur leur vie qui devient rythmée par le *sickness* et la quête de *faju* en longueur de journée. Dans une discussion avec des consommateurs de *came*, Zale décrit la situation de dépendance par une métaphore qui renvoie au sommeil.

« Sickness bi da lay fëgg fadiar ne la goor fajogo de ! Nga ni ko may ma tuti rek ma nelawaat. Mu gnëwaat fëgg la ne la goor diogal faju ! Nga ni waat ko mayaata ma tuti

rek. Suy gnëwaat du wax sax, day japp sa yaram bi mouy metti, say rangoñ di turu, say bakkan di soteku, nga jog par force lijanti lo fajo »³⁰ (Zale).

Cette situation où le *sickness* arrive et impose le *faju* se produit plusieurs fois et est gérée de différentes manières par les consommateurs de *came* qui, pour certains, arrivent à dompter le *sickness* et pour d'autres, le supportent moins. La capacité individuelle à maîtriser ou pas le *sickness* détermine la fréquence de consommation journalière, qui, en plus, dépend de la disponibilité des ressources. Le *lonku* produit des effets dans la vie du consommateur de *came* sur la gestion de son temps, ses ressources et son rapport à autrui, particulièrement à sa famille. Les stratégies initiales de financement de leurs consommations se multiplient et sont déroulées dans des lieux tels que la maison familiale, la rue, les marchés, les transports en commun, les lieux de travail, etc. Cette phase de la consommation se caractérise par la survenue d'un certain nombre d'événement tels que, la décision d'annoncer son statut à sa famille, les ruptures sociales et professionnelles, les interpellations policières, les tentatives de sorties de la consommation de *came*.

7.3.3.1. L'information et les réactions des tiers

La famille, qui constate des comportements « étranges », « anormaux », est généralement la première entité à être informée. Les extraits suivants montrent que la prise de décision d'informer arrive dans des contextes spécifiques.

« Parce que je me suis lassé à le cacher à ma famille. C'est après que j'ai su que la solution, il fallait leur dire pour qu'ils le sachent. Ainsi s'ils le savent, maintenant, on va voir comment se battre pour le laisser » (Kawman).

« C'est moi qui l'ai dit à ma femme elle est partie ensuite le raconter à ma mère. Je l'ai dit à ma femme parce que j'étais fatigué je me suis rendu compte que ce que je suis en train d'utiliser je ne le connais pas en plus j'entendais les grandes personnes dire qu'il n'est pas nécessaire de jeter un sort à un usager de drogue parce que son avenir est

³⁰ « Le *sickness* te réveille très tôt le matin et te dit *Monsieur, tu n'as pas encore pris ta dose ! Tu lui dis laissez-moi s'il-vous-plait dormir encore un peu ! Il revient une seconde fois et te dit Monsieur, lèves-toi pour prendre ta dose ! Tu lui dis encore laissez-moi encore dormir un peu. La troisième fois il ne prévient pas, il te prend le corps et tu sens des douleurs, tu as des larmes aux yeux, tes narines coulent, et tu te lèves pour aller chercher ta dose ».*

foutu, un jour je l'ai appelé pour lui faire savoir que des amis m'ont fait fumer quelque chose. » (Petit).

« Elle ne savait pas au début c'est juste après que la drogue m'a gagnée je fuguais elle se demandait pourquoi après j'ai commencé à changer je vendais tout ce qui me passait sous la main mes objets de valeur elle m'a demandé pourquoi je faisais cela quand j'en ai eu marre je lui ai tout avoué et demandé de m'aider c'est à ce moment qu'elle m'a emmené à l'hôpital Fann » (Maba).

Bon, à part ça, c'est à cause de ma sœur que beaucoup savent que je consomme de la drogue. Elle déconnait à la maison. Quand des gens venaient me proposer des marchés, elle se mettait à parler, à les toiser et ça a pris une autre tournure, ils étaient gênés et ils ont dû se dire que ce serait risqué de me confier un travail alors que j'ai toujours bien fait les choses, je n'ai jamais eu de problème. Finalement je me suis révolté, je ne m'en cachais plus, je me mettais au milieu de la maison, au vu de tous et je consommais, en ce temps-là je n'avais pas encore commencé à me piquer, quand j'y ai goûté, je me piquais devant eux. Je me fichais pas mal de leur regard. Tout ce que je voyais c'était ce que ma sœur m'a fait perdre, tout aurait pu bien aller J'aurai continué à avoir mes marchés, mais elle m'a tout fait perdre. Alors, j'ai voulu lui montrer que je fais ce que je veux sans qu'elle ne puisse y faire quelque chose. J'étais à un stade où plus rien ne m'intéressait plus, je faisais ce que je voulais » (Assane).

La décision d'informer arrive dans le contexte où le consommateur de drogue se sent dépassé par sa dépendance et qu'il constate des soupçon au sein de son entourage proche. Werner écrivait à ce propos qu'on peut dire qu'il existe une relative tolérance du milieu familial vis-à-vis de l'usager des psychotropes illicites tant que ce dernier manifeste un comportement conforme aux normes du groupe. Mais la situation est susceptible de changer lorsque l'usager fait montre d'une perte de contrôle de soi (comportement ébrioux) ou bien encore lorsque sa pratique déviante est attestée publiquement (arrestation par la police suivie ou non d'une condamnation). Dans un cas sur cinq, cette criminalisation de la pratique provoque une intervention de la famille qui se mobilise pour exercer un contrôle plus strict et tenter de modifier le comportement de l'usager en choisissant souvent de le confier à un parent (ou parfois un marabout) résidant en province, voire à l'étranger. (Werner JF, 1993)

Les femmes (mères et épouses) sont les premières confidentes des consommateurs de came au moment du partage de leur statut, avant que l'information ne soit véhiculée dans la famille. Ce constat sur les étapes du partage de l'information a été soulevé par Werner (1993). De manière générale, écrit-il, on constate que les pères ignorent

tout des pratiques déviantes de leurs fils. Par contre, les mères sont le plus souvent au courant de ce qui se passe mais préfèrent garder le silence vis-à-vis de leur entourage même si elles réprovent ces comportements. Cette tendance à garder le secret sur ce qui se passe au sein du groupe et aussi à ne pas dévoiler ce qui relève de l'intimité d'autrui renvoie à une norme culturelle centrale dans la société sénégalaise, désignée en wolof par le terme de *sutura* (Werner JF, 1993).

La première des réactions de la famille est d'entreprendre, pour le membre « malade », des solutions pour l'aider à sortir de sa situation. Cette situation peut également être imputée, comme l'évoque le rapport du CILD (2005), à un sort qui n'exclut pas le recours à un guérisseur ou un marabout.

Le toxicomane est ainsi culpabilisé, désigné comme responsable de son état qui met tout son entourage dans le désarroi. Dans ces pays où l'individu malade n'est jamais directement mis en cause au début, ou c'est toujours l'autre et l'invisible qui sont indexés et considérés à l'origine du mal, l'espoir peut être permis au début de toute prise en charge où toutes les énergies familiales et parentales sont mobilisées pour extirper « le démon » du corps et de l'esprit de la « victime » par tous les moyens (traditionnels ou modernes) et à tous les prix (CILD, 2005).

Le recours aux guérisseurs et marabout renseigné auprès des consommateurs de came sera développé dans la partie qui traite des mobilisations individuelles dans le contexte d'auto-sevrage.

« Ils ont tout fait, tout dit pour que j'arrête : que ce n'était pas bien, que ce n'est pas l'attitude d'un individu issu de bonne famille, que j'allais finir par devenir un voleur si je n'arrêtais pas... Des choses dans le genre » (Assane).

« Je l'ai d'abord dit à ma femme, Elle m'a par la suite demandé si je voulais laisser je lui ai répondu que voulais arrêter. Elle est partie le raconter à ma mère. Quand elles l'ont su elles ont voulu me faire arrêter. J'ai dit à ma mère que je voulais arrêter, elle m'a mis en rapport avec un vieux qui travaillait à Fann, il était ami avec mon père » (Petit).

« Ma mère par exemple, quand elle l'a su, elle a dit « alhamdoulillah ». Parce qu'elle a dit qu'elle croyait que j'étais fou parce qu'elle ne comprenait pas comment elle pouvait me donner 100000 CFA tout de suite et qu'en fin de journée je lui dise que je n'ai rien alors que j'ai acheté ni habits, ni chaussures. Quand elle a su que je fumais, elle a remercié le Seigneur, elle a dit que c'est la drogue seulement qui pouvait me faire ça ; donc si on le soigne ça va finir. Parce qu'elle voyait des choses anormales,

elle se demandait si j'étais fou ou quoi ? Ma mère m'a envoyé 600000 CFA même pas deux semaines, je coupe mon téléphone, je coupe tous les rapports, je m'en allais, en une semaine je dépensais tout mon argent, je n'achetais ni habit, ni chaussure, je maigrissais, tombais malade, elle ne comprenait pas. C'est là qu'elle a compris et s'est dit *ah ouf parce que moi aussi je m'inquiétais car je croyais que c'était grave, tu commences à devenir fou. Elle me dit c'est simplement ça ! Si c'est ça, on va juste t'emmener à l'hôpital, te soigner et ça y est* » (Kawman)

Les familles réagissent de différentes manières à la connaissance de la situation du membre consommateur de *came*, soit par un sermon sur les risques (maladie mentale, emprisonnement), soit par la proposition d'une solution pour sortir de sa situation. Les itinéraires familiaux de traitement conduisent aux structures psychiatriques en rapport avec la représentation selon laquelle la consommation des drogues a pour effet la maladie mentale. Collomb remarque que les malades avouent rarement leur intoxication et qu'un aveu facile correspond le plus souvent à une détérioration mentale assez profonde ou à des troubles psychopathiques graves. Son expérience dans le traitement des consommateurs de drogues lui fait constater que les renseignements sur la toxicomanie du malade sont généralement fournis par la police (quand il s'agit de détenus) ou par la famille qui demande l'hospitalisation pour « comportement anormal ». très rarement, ajout-il, l'intéressé lui-même vient demander le secours du médecin pour guérir sa toxicomanie (Collomb *et al.*, 1962).

7.3.3.2. Implication familiale dans la consommation

La consommation de drogues est considérée comme une déviance sociale pour lequel la famille du consommateur de *came* est indexée comme responsable car n'ayant pas su donner l'éducation adéquate au membre « déviant ». Les mères sont particulièrement indexées à travers un dicton communément employé dans la société sénégalaise qui dit que « *liggeyu ndey, añub doom*³¹ ». Dans ce contexte, l'attitude de certaines familles, après l'échec des tentatives de sortie de l'addiction, est d'essayer de cacher, d'une autre manière, la consommation de drogue du membre en

³¹ Cette expression littéralement traduit par « le travail de la mère, le déjeuner de son enfant », signifie dans la culture wolof sénégalais que l'image et le statut de l'enfant n'est que le reflet du sacrifice de sa mère (soumission à son mari particulièrement et dévouement aux tâches ménagères) dans son ménage. Plus la mère est dévouée et soumise à son mari, plus son ou ses enfants réussiront dans la vie.

question. Elle s'implique particulièrement dans le financement de la consommation afin d'éviter au membre de la famille consommateur de *came* de se faire remarquer « dehors » lors de ses recherches de fonds.

« Lui aussi c'est mon frère et il n'aime pas que je sois triste ou embêté, on est très proche. Même quand il me voit assis seul et calme, il pense que je suis en manque, alors il se débrouille pour m'en trouver ou parfois il me file juste l'argent, il me dit juste : grand frère prend ça » (Assane).

« Après, ma mère décéda et c'est elle (grande sœur) qui me donnait de l'argent. Après ma grande sœur vint à savoir que j'en prenais, quand elle se levait le matin, elle me disait « Coumba viens prendre ton petit déjeuner » et je lui répondais que j'avais assez et elle me rétorquait « xana tu n'as pas pris tes affaires ? » et je lui disais que je n'avais pas d'argent, alors, elle entra dans sa chambre et elle me donnait 6000 francs en me disant « vas acheter et reviens fumer ici dans la maison. (...) Elle ne voulait pas que je m'éloigne de la maison parce que quand je sortais de la maison je pouvais passer deux jours ou trois jours ou un mois sans rentrer et elle me cherchait partout. C'est pourquoi elle était obligée de prendre son argent et de me le donner parfois même, elle disait à mon cadet de m'accompagner pour que je puisse acheter et rentrer à la maison fumer là-bas. Ma grande sœur elle m'a vraiment soutenue jusqu'au bout, jusqu'à ce que j'eue pitié d'elle » (Coumba).

Dans cette mobilisation collective de la famille, en plus des mères, des frères et sœurs, les enfants occupent une place et jouent parfois des rôles de contrôle (dans le cas de Coumba) et de gestion de la consommation journalière du membre de la famille dépendant. Cette dernière fonction apparaît dans le cas de Suélo qui mobilise son garçon pour lui confier ses sous en lui demandant de lui remettre une somme bien définie et de s'en arrêter là, même s'il lui demande plus.

« Notre boss nous a payé depuis 5 jours et il ne me reste plus que 35000. Parce que je dépense tout, je n'ai rien concrétisé et je n'ai plus rien, mon dernier portable, je l'ai vendu avant-hier. Il me reste 35000 et c'est à mon enfant (qui a 12 ans) que je l'ai confié, c'est lui qui me les garde, sans quoi, je les dépense vite fait. Il me comprend, si je fini cet argent, je me tourne vers ma famille et ils me dépannent parce qu'ils ne veulent pas que j'aie fait une bêtise. (...) Ma mère et mon enfant me comprennent, d'ailleurs lui parfois je lui confie mon argent et quand je le lui demande il me dit qu'il ne l'a pas juste pour me protéger. Mais quand je demande pour ma 1ère dose, il me donne parce que c'est mon argent » (Suélo).

Les contraintes liées aux prix des produits, à leur fréquence de consommation et aux situations précaires des familles sont autant de facteurs qui finissent par mettre fin à

l'appui financier apporté au membre consommateur de *came*. Ce n'est en fait qu'après épuisement physique, moral et financier, rapporte le rapport du CILD, surtout quand le malade est dominé par l'agressivité, les impulsions de vol, de viol, de meurtre..., qu'il risque de ne plus être considéré comme un membre vrai de la famille. Il n'appartient plus alors à la famille, il appartient à la rue, aux autres qui l'ont « contaminé » « transformé ». (CILD, 2005).

D'autres, conscients des dépenses de leurs familles pour leurs consommations, préfèrent s'éloigner ou fréquenter rarement leurs domiciles. Cet ensemble de facteurs poussent le consommateur de *came* à se rapprocher d'avantage du milieu de consommation et à adopter un nouveau style de vie à la marge.

Toutefois, écrit Ndione, au bout de la désocialisation, naît un processus de « resocialisation ». Les observations dans le milieu montrent que le *junkya* est un espace de reconfiguration sociale pour des personnes marginalisées, voulant rejouer des fonctions et avoir un statut, qu'ils cherchent dans le milieu. C'est ainsi que le statut de dealer et celui de consommateur habile (dans la recherche de moyens financiers) sont parmi les plus appréciés dans le milieu. Ces personnes détiennent les produits ou les capitaux leur offrant une certaine notoriété dans le milieu.

7.3.3.3. Les ruptures sociales engendrées

La phase *lonku* est aussi marquée par un certain nombre de ruptures sociales et professionnelles par les divorces, les séparations, la perte de la garde des enfants, l'arrêt de travail, etc.

« Le divorce avec ma femme, c'était à cause de la drogue. Au début, elle ne le savait pas, mais quand elle a su, elle a commencé à déconner. En plus elle s'est vite aperçu que j'avais réduit les choses que je faisais pour elle » (Assane).

« Je fumais avec des grands, je les fréquentais les relations de ma femme avec un d'entre eux se sont détériorées elle ne lui parle pas parce qu'elle dit que c'est lui qui me pousse à fumer, ils sont restés 4 ans 5 sans s'adresser la parole. (...) Parfois quand je me disputais avec ma femme et que j'allais les voir je prenais la *came* pour me soulager c'est ce qui m'a le plus amené les problèmes avec ma femme. Je suis resté deux ans sans faire de rapports avec elle et elle ne m'a pas demandé le divorce moi

non plus mais c'est ce que je fais qui ne lui plaît pas, raison pour laquelle elle est partie chez ses parents » (Petit).

« Ma sœur ne le sait pas mais elle sait que mon mari prenait de la drogue... mais à un moment, elle a su que je fumais, alors elle m'a dit qu'elle n'allait pas me laisser avec l'enfant, c'est à ce moment qu'elle a récupéré l'enfant » (Coumba).

Ces ruptures sociales rapprochent, malgré lui, le consommateur de *came* du *junkya* d'abord parce qu'il vit désormais seul, mais aussi parce qu'elles lui font ressembler à ses pairs ayant déjà connus des ruptures ou n'ayant pas pu s'intégrer professionnellement (travail) et socialement (mariage, enfants). Dès lors, les désirs de sortie de la toxicomanie se manifestent et de nouvelles tentatives de sevrage se développent pour des personnes l'ayant entrepris au cours de leur carrière de consommateur de *came*.

7.3.3.4. Perception de la situation de *lonku*

À partir de ce moment, les consommateurs de *came* développent un certains propos marqué par des regrets et des souvenirs douloureux.

« Moi je me bats pour sortir ça de ma tête. Parce que je n'ai pas voulu que ma famille dépense plus d'argent à cause de mes conneries. J'ai retardé ma vie. Tous mes autres frères sont à l'étranger, je pouvais avoir une femme, aider mon père, tout ça, pourquoi ? Je n'ai même pas le temps, moi je planais » (Kawman).

« Je ressens de la peine, car moi de toute ma vie je n'ai que ma mère. Mon père est décédé l'année passée, mais je sais que d'après la remarque que j'ai faite depuis ma naissance à nos jours je n'ai connu que ma mère. C'est elle qui s'est occupée de moi et qui a tout fait pour moi. Donc aujourd'hui j'ai une dette envers elle comme c'est le souhait de tout enfant c'est-à-dire se battre pour honorer ses parents. Moi bon, j'ai été victime de *caytan* (Satan), mais malgré cela, ça reste toujours mon objectif » (Fecca).

« Il y a des choses qui ont échappé dans ma vie de femme parce qu'à ce moment je devais avoir des enfants me marier parce qu'il y a des plus jeunes que moi qui se marient c'est ce à quoi aspire toute femme il y a beaucoup de choses qui me font mal dans cette vie. Le fait de ne pas avoir d'enfant me fait plus mal » (Siré).

« C'est parce que j'aurai pu mieux gérer ma vie, avoir une maison, une femme, des enfants. Je n'ai qu'un enfant et ma femme a divorcé à cause de la drogue et j'ai pratiquement vendu tous mes biens, je n'ai plus rien. Je souhaite que Dieu me débarrasse de cela, que j'aie une meilleure vie à partir de maintenant » (Assane).

« J'aurais préféré que cela soit une histoire passée, oubliée. J'aimerais que la drogue soit effacée de ma vie, c'est vraiment dur, comme on le dit drogue dure, c'est vraiment dure. Il te faut toujours de l'argent pour en acheter. Ce n'est plus un vice, un plaisir, mais c'est une nécessité. C'est-à-dire que si tu es en manque, tu n'es pas en paix, c'est vraiment une tragédie, c'est atroce, la douleur ressentie, c'est vraiment atroce » (Alioune).

Dans les propos sur leur situation de *lonku*, une perception est très commune aux consommateurs de came rencontrés, pour qui leur situation relève d'une volonté divine, un *nattu*. Le terme *nattu* est un mot wolof qui signifie « fardeau divin » pour lequel le porteur doit combattre pour s'en départir. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, dans leur situation de consommateur de came que « Dieu leur a infligé », ils pensent que ce dernier ne les abandonne jamais sans soutien.

« Je me débrouille toujours et c'est avec l'aide de Dieu que j'arrive toujours à avoir ma dose » (Assane).

« Je peux rester une semaine sans avoir de l'argent et je fais avec mes douleurs c'est rare mais c'est la grâce du bon Dieu qui le permet, je rends grâce au bon Dieu » (Barry).

« Tu peux décrocher pendant 10 ans et replonger. Tout cela je l'ai vu, des gars qui ont décroché pendant 10 ans, 7 ans, 5 ans et qui ont replongé. C'est la chose qui est complexe, si tu y goutes une fois, c'est un malheur qui t'arrive, seul Dieu peut t'aider, je te jure Dieu seul et une réelle volonté de ta part. C'est complexe et c'est compliqué. C'est un malheur parce que tu arrives à un moment où tu sais que ceci est un malheur que Dieu t'a infligé, et que ce n'est pas du ressort de ton prochain. Et le jour où Dieu va t'aider, tu vas en sortir facilement » (Brice)

« Ce que je regrette de ma jeunesse bon je peux dire aujourd'hui que c'est la volonté divine. Mais aujourd'hui je sais que j'aurais pu dépasser la situation dans laquelle se trouvent beaucoup de mes pairs car j'ai eu des objectifs et cette vision avant eux tous, mais tu sais des fois aussi que c'est la volonté divine » (Fecca).

« Je n'ai vu aucun avantage dedans et je n'y ai vu aucun rendement et je sais que Dieu m'aime beaucoup quand je l'implore il exauce mes prières et je me dis que si j'arrêtais de *genn* et me consacre à la prière et à l'adoration de Dieu il serait plus indulgent avec moi. Je ne l'adore pas je ne prie pas je ne jeûne mais pourtant il me donne tout ce que je lui demande donc si j'étais dévouée il m'aurait certainement accordé plus de bienfaits » (Siré).

Conclusion

À l'issue de cette description des trajectoires sociales des consommateurs de *came* à Dakar, on peut s'interroger sur l'emploi du concept de marginalité qui relève d'une ambiguïté sur plusieurs dimensions.

Le processus qui aboutit à la marginalité chez les consommateurs de *came* à Dakar est très complexe allant de l'initiation, puis à la phase *être junky*, pour aboutir à la phase *lonku*. Les résultats montrent que c'est généralement dans cette phase ultime que les consommateurs de *came* sont susceptibles de connaître un statut marginal dû aux nombreuses ruptures (sociales et professionnelles), et à l'absence sociale (dans sa famille ou foyer). Il entre pleinement dans le milieu des pairs consommateurs où il intègre un groupe restreint, garant de sa sécurité de consommation par le partage des doses et par la collaboration pendant les stratégies de recherche de fond. De ce point de vue, la consommation de drogue, en tant que comportement, ne saurait être qualifiée d'acte marginal mais constitue un passage qui peut aboutir à la marginalité.

En second lieu, la marginalité doit être considérée en fonction des différents univers que fréquente le consommateur de *came*. Les résultats montrent le traitement interne réservé au membre consommateur de *came* par sa famille qui l'aide afin que son statut ne soit pas visible « au dehors ». De même, dans le *junkya*, les consommateurs de *came* partagent l'idée selon laquelle leur *lonku* est un *nattu* (fardeau divin) et fustigent les propos qui tendent à les assimiler à des « marginaux », des « déviants », des « criminels ». De ce point de vue, dans ces sphères, ils ne sont pas considérés comme des marginaux et cette réflexion en induit une autre plus générale sur le concept de marginalité qu'on peut résumer par la question suivante : quelles sont les frontières de la marginalité ? En d'autres termes, où peut-on considérer un individu de marginal et où ne l'est-il pas ?

Enfin, la réflexion sur la marginalité laisse également apparaître un autre questionnement lié à la temporalité de la marginalisation ; à quel moment et jusqu'à quand est-on marginal ? Les profils des consommateurs de *came* à Dakar montrent qu'au début de sa consommation, l'individu ne peut pas être considéré comme un

marginal puisque sa consommation n'est pas encore problématique ni pour lui, ni pour son entourage. C'est à la troisième phase seulement qu'il peut entrer dans la marginalité. Par ailleurs, comme ce fut décrit, après l'annonce de sa situation à sa famille, des solutions de traitement de l'addiction sont entreprises avec comme résultat des périodes de sevrage plus ou moins longues. Dans ce sens, le consommateur de came en sevrage doit-il être considéré comme marginal ?

En définitive, la catégorisation de la consommation de drogue comme comportement marginal reste ambiguë compte tenu de la temporalité, des sphères et des étapes de la consommation ou, pour reprendre le terme de Becker (1985), de sa « carrière » de consommation. Qui plus est, dans la phase de *lonku*, tous les consommateurs de came se fixent l'objectif principal de sortir de la consommation et de devenir « clean » en entreprenant, pour eux et par eux-mêmes, des pratiques d'auto-sevrages. Dans ce contexte, l'ensemble des consommateurs de came aspire à une « dé-marginalisation », qui confirme le caractère temporaire de leurs situations de marginalité.

TROISIÈME PARTIE
MOBILISATIONS INDIVIDUELLES ET
COLLECTIVES DES CONSOMMATEURS
DES DROGUES

CHAPITRE 8

L'AUTOMÉDICATION CHEZ LES USAGERS DE DROGUES À DAKAR

Introduction

L'automédication est une pratique fréquente dans le milieu des consommateurs de drogues à Dakar, qui consiste à recourir à un ou plusieurs médicaments avec pour objectif de traiter un ou plusieurs maux. De l'identification des médicaments à leur mode d'acquisition et d'usage, les consommateurs de drogues ont acquis une expertise issue de plusieurs sources et mobilisée pour l'automédication. Les données qui servent de base à ce chapitre sont issues d'entretiens réalisés entre 2011 et 2015 avec 12 consommateurs de drogues qui ont eu recours à des médicaments.

8.1. Description et classification des médicaments utilisés

Les usagers rencontrés au cours de l'étude ont été interrogés sur les médicaments auxquels ils avaient recours en cas de « syndrome de sevrage », qu'il soit provoqué par le manque involontaire de drogues ou par une décision délibérée d'interrompre la consommation.

Les symptômes du syndrome de sevrage décrits par la médecine sont en partie différents selon les produits, mais ils ont en commun l'angoisse, les manifestations dépressives, les insomnies, et un inconfort psychique majeur. Ils s'accompagnent de douleurs musculaires des membres et abdominales, ainsi que de frissons (pour les opiacés), d'inertie (pour les stimulants) et de diverses manifestations physiologiques en plus de la recherche compulsive de drogues, qui peuvent durer plusieurs heures à plusieurs jours(OMS, non daté).

L'étude UDSEN a montré que le début de la consommation des benzodiazépines chez les usagers de drogues injectables à Dakar est postérieure de trois ans au début de la consommation de l'héroïne, la cocaïne ou le crack, ce qui laissait supposer que ces produits sont utilisés pour gérer le manque (Leprêtre et Bâ, 2014).

8.1.1. Description des médicaments utilisés

Le tableau suivant présente la totalité des médicaments évoqués au moins une fois par les usagers de drogues pour diverses indications, leurs dénominations commerciales et leurs dénominations communes internationales (DCI).

Tableau 11 : Les médicaments utilisés par les usagers : termes utilisés, noms commerciaux, dénominations communes internationales³²

Noms émiques	Noms commerciaux	D.C.I
<i>Alvityl</i>	Alvityl	Complexe multi-vitaminé
<i>Codéine</i>	Codéine	Codéine
<i>Des roches</i>	Benzodiazépines produites par le Laboratoire Roche	Plusieurs DCI
<i>Efferalgan</i>	Efferalgan	Paracétamol
<i>Epolisensia</i>	Lysanxia	Prazepam
<i>Equanil, Koinic</i>	Équanil	Méprobamate
<i>Lexomil</i>	Lexomil	Bromazepam
<i>JubiteX, subitex</i>	Subutex	BuprénorphineHD (haut dosage)
<i>Losina, noznan</i>	Noznan	Lévomépromazine
<i>Méthadol, Méthadone</i>	Méthadone	Méthadone
<i>Néocodion</i>	Néocodion	Codéine
<i>Paracétamol</i>	Paracétamol	Paracétamol
<i>Pions</i>	Tous psychotropes vendus hors des pharmacies	Plusieurs DCI
<i>Principe béfor</i>	Princi-B	Thiamine + Pyridoxine
<i>Rewaltri</i>	Rivotril	Clonazépam
<i>Télesta</i>	Témesta	Lorazepam
<i>Tensézip</i>	Temgésic	Buprénorphine
<i>Trabar</i>	Trabar	Tramadol
<i>Tramadis</i>	Tramadis	Tramadol
<i>Transène</i>	Tranxène	Clorazébate

³² Les dénominations communes internationales ont été documentées à partir du Vidal

<i>Traversant 10</i>	Sans équivalent identifié	
<i>Trufulen</i>	Trufuléne	Ibuprofène
<i>Zanex</i>	Xanax	Alprazolam

23 termes ont été mentionnés ; 20 désignent des médicaments commercialisés au Sénégal, deux désignent des catégories (des roches et pions) et 1 produit n'a pas été identifié. Pour chaque médicament listé, au moins un motif d'utilisation a été mentionné. La classification suivante permet de comprendre les logiques d'usage de chaque médicament.

8.1.2. Classification des médicaments

Les médicaments utilisés font l'objet d'une catégorisation qui distingue cinq catégories construits à partir des fonctions que les usagers de drogues leur attribuent. Les extraits d'entretien suivants servent de base à la classification des médicaments utilisés.

« J'avais amené avec moi un paquet de *riwaltrie*. (...) C'est un médicament qui aide à dormir, c'est à prendre seulement la nuit, au moment du couché » (Alioune).

« Tramadis, ce sont des médicaments, il y a 50 et 100 milligrammes, il y a aussi les *Efferalgan* c'est pour la fièvre et autres, en même temps tu as besoin de somnifères. Tu peux prendre de *Lexomil*, de *l'épolisensia* pour pouvoir dormir quoi, ça s'accompagne avec. En dehors de ça il y en a qui sont plus forts que nos gars disent amener ici, c'est le méthadol, *subitex*, il y a aussi le *tensézip* ; donc il y en a quoi. Tout cela c'est des médicaments qui quand tu les prends, ces trois derniers, c'est pour remplacer la drogue. Les autres c'est pour les douleurs » (Zara).

« Le principe béfor c'est des vitamines, trufulen 200 milligrammes c'est des antidouleurs, zanex c'est pour dormir » (Aïcha).

« J'avais pris du transenne 50 (...) C'est contre l'angoisse, l'anxiété. Quand tu es en état de manque c'est surtout l'anxiété et l'angoisse qui te tenaillent. Où est ce que je vais trouver ma came ? Comment vais-je faire pour trouver l'argent ? Tu es toujours stressé, angoissé. Mais quand tu prends le transenne ça te fait dormir tranquillement » (Brama).

« Y avait d'autres médicaments je prenais des vitamines, des polyvitamines, pour prendre du poids, pour remettre en place les idées et

alvityl et equanyl. L'equanyl c'est pour les douleurs musculaires et tout ça. Alvityl c'est des poly vitamines c'est comme du chocolat » (Xaly).

Ces extraits d'entretien évoquent successivement des médicaments pour dormir, pour la fièvre, pour la substitution, pour les douleurs, pour prendre des forces et pour combattre le stress. À partir de ces données empiriques est faite la classification suivante :

Les anti-douleurs : entrent dans cette catégorie le trabar, tramadis, efférgan, trufulen 200mg, équanyl, néocodion, codéine, pions, traversant 10, des roches, nozinan 700, riwaltri ;

Les somnifères : composés de lexomil, épolisensia, zanex, riwaltri ;

Les substituts : que sont la méthadone, tenzézip, subitex, néocodion, codéine, équanyl, télésta, nosina, des roches ;

Les vitaminés : tels que le principe béfor et l'alvityl ;

Les antistress : comme le transenne 50.

La catégorisation ci-dessus montre qu'un médicament peut être classé dans plusieurs catégories (par exemple le néocodion et le riwaltri). Les antidouleurs et les substituts sont les deux catégories qui se rapprochent le plus car les médicaments qui entrent dans ces catégories sont cités par les uns comme antidouleurs et les autres comme substitut. Certains produits, de par leurs propriétés, peuvent couvrir plusieurs propriétés telles que la codéine. D'autres peuvent être attribué de multiples valeurs en fonction des usages qu'en font les UDI comme cela apparaît dans le propos de Brama qui dit que « Quand tu es en état de manque c'est surtout l'anxiété et l'angoisse qui te tenaillent. Où est ce que je vais trouver ma came ? Comment vais-je faire pour trouver l'argent ? Mais quand tu prends le transenne ça te fait dormir tranquillement et quand tu t'y habitues au lieu de dormir, tu es dans un état euphorique, tu te sens bien. Finalement tu le prends comme substitut ». Cet extrait montre comment un médicament utilisé d'abord pour combattre l'anxiété, sert par la suite à dormir et devient finalement un substitut.

Le choix des médicaments à consommer ne dépend pas de leur appartenance à telle ou telle autre catégorie mais résulte plutôt des maux que les UDI veulent traiter en automédication. De là, découle un ensemble de combinaison thérapeutique pour traiter les différents syndromes de manque que peuvent sentir les UDI au moment du sevrage. Ces syndromes se manifestent par des douleurs, des coulages (narines, yeux), la perte d'appétit, l'anxiété, que l'UDI cherchera à traiter de manière ciblée. Les combinaisons thérapeutiques sont de trois formes ; il y a la combinaison antidouleur/vitaminés/somnifères, la combinaison substitut/vitaminés/somnifère et la combinaison substitut/antidouleur/anti-anxiété.

8.2. Contexte d'usage des médicaments

8.2.1. L'automédication exclusive

L'automédication exclusive se fait le plus souvent dans le *junkya* (terme qui désigne « le milieu des usagers de drogues »). L'usager qui décide de *décrocher*, achète lui-même ses médicaments et les consomme pendant les moments de manque et de douleurs (3 à 7 jours selon les usagers).

« A la Rue 5 chez Abdoulaye il y avait un gars qui vendait de la méthadone c'étaient de petites bouteilles il les vendait à 12.000 CFA c'est lui qui est à l'origine de mon premier décrochage je suis resté un mois sans sortir de chez moi jusqu'à guérison » (Petit).

Les médicaments les plus cités pour l'automédication exclusive sont les substituts (*subitex, des roches, néocodion, méthadone* particulièrement), les anti-douleurs et les somnifères (*riwaltri*).

8.2.2. L'automédication hors du milieu

Les antidouleurs (particulièrement le *trabar*, *tramadis*, *efféralgan*, *équanyl*, *néocodion*, *traversant 10*), les somnifères (*épolisensia*, *zanex*) les vitaminés (alvityl) et les anti-anxiétés (transène 50) sont les principaux qu'utilisent les usagers pour *décrocher* hors du milieu. La narration d'un voyage hors du milieu est illustrative à cet effet.

« Pour sortir hors du *milieu*, je me débrouille pour avoir une petite somme. Avec une partie de mon argent j'achète *benn 10* (10 quarts de *brown*³³) que j'amène avec moi. Au début j'en prends un par jour (sa consommation normale étant de deux par jour), jusqu'à ce qu'il m'en reste 5. Ensuite, les 5 derniers, je les divise en 2 pour diminuer ma consommation. Je les prends pendant 10 jours. Au bout des 10 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 Bourgon* (alcool traditionnel) et je prends des efferalgan que j'avais achetés avant le voyage. Cela m'aide à supporter les douleurs » (Assane).

8.2.3. L'usage alternatif

Il y a enfin l'usage alternatif des médicaments en même temps que la came. « Quand je n'avais pas ma dose, dit **Suélo**, je prenais du *trabar*, c'était une alternative le temps de me trouver une dose de *brown* (...) il me servait à mettre mon mal en patience ». Les données montrent que les seuls médicaments utilisés sont des antidouleurs. Cet usage alternatif se fait également quand il y a rupture de came. Les usagers recourent aux médicaments anti-douleur (*trabar*) le temps que le dealer s'approvisionne.

8.3. La construction d'un savoir à la marge

Plusieurs types d'information sur les médicaments sont détenus par les usagers qui concernent les produits utiles pour le sevrage, leurs modes de consommation, leurs finalités. « *Nous devenons*, dit Zara, *nous-mêmes des spécialistes en traitement et on maîtrise le traitement même mieux que les médecins qui sont chargés de nous traiter* ». L'expertise profane qui se développe chez les usagers de drogues est issue

³³ Terme du milieu pour désigner l'héroïne.

des informations qu'ils acquièrent sur les médicaments. Ces informations proviennent de quatre sources que sont les expériences thérapeutiques dans les structures de traitement, l'échange avec les *venants d'Europe*, le partage *bouche à oreille dans le tracé* et la lecture des notices. Ces quatre sources d'informations peuvent être regroupées en deux catégories. Il y a d'abord les sources d'information primaires qui sont les moyens de construction des savoirs sur les médicaments. Il y a ensuite les sources d'information secondaires qui participent à la diffusion et au renforcement des savoirs acquis.

8.3.1. Les sources d'information pour la construction des savoirs

8.3.1.1. Les expériences thérapeutiques

L'hôpital constitue l'un des principaux recours des usagers de drogues pour leurs besoins de sevrage. Les données de l'enquête UDSEN montrent que 38,9% des UDI ont déjà eu des soins pour des problèmes d'addiction et que 22,3% se sont rendu, pour cela, en milieu hospitalier. Les services psychiatriques au CHNU de Fann, à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye et au centre Dal axel de Thiès sont les plus fréquentés à cet effet. Dans le processus de traitement au niveau de ces espaces de soins, des médicaments sont utilisés par les thérapeutes. Ces moments de traitement constituent pour les usagers des expériences thérapeutiques qui renseignent sur l'existence, la finalité et l'efficacité des médicaments. L'extrait d'entretien avec Brama est révélateur.

« Quand on dit hospitalisation c'est toujours 1 mois, 21 jours (...) on me donnait le nozynan 700 (...). Tu prends ça tu restes 48 heures, 36 heures tu dors. Tu te réveilles, tu as les pieds qui flagellent, tu as la langue cassée ».

Il laisse apparaître trois dimensions de la connaissance sur les médicaments issues du contact avec les structures de soin. Il y a d'abord l'appellation, ensuite l'utilité, et enfin les effets secondaires. Cet ensemble de connaissances construites grâce aux expériences thérapeutiques oriente par la suite le choix des médicaments en cas de recours profane.

8.3.1.2. Les sénégalais *venants d'Europe* : des informateurs dangereux pour le système de soins ?

La deuxième source d'information qui participe à la construction des savoirs est l'échange avec les sénégalais venants d'Europe. Plusieurs usagers de drogues ont eu à vivre en Europe où ils ont commencé, pour certains, à toucher à l'affaire³⁴. Ils y ont connus certains médicaments pour avoir fréquenté des centres de traitement des addictions. D'autre part, il y a les amis des usagers qui sont en Europe et qui viennent souvent en vacances au Sénégal. « Quand ils viennent en vacances ils te disent boy pourquoi tu n'essaies pas le transenne ou bien pourquoi tu n'essayes pas..., il y a un autre là, le néocodion » Brama. Les vacanciers venant d'Europe sont les informateurs qui permettent aux usagers de suivre l'évolution des traitements en matière de toxicomanie. Ils viennent chaque année, et parlent des médicaments qu'ils prennent. Ce qui explique que le propos des usagers soit le plus souvent ponctué par « en Europe » comme dans l'extrait suivant : « En Europe ou dans le monde occidental, pour traiter le toxicomane on a tel médicament, tel médicament, tel médicament, on procède de telle et telle manière. On ne peut pas traiter le toxicomane sénégalais d'une autre manière que par ces moyens. En Europe on distribue de la méthadone ou du subutex, donc c'est un traitement suivi par des médecins spécialistes » Brama. Les usagers disposent ainsi d'informations spécifiques qui sont utilisées pour mettre en œuvre un traitement approprié à leur situation. La circulation des savoirs via les *venants d'Europe* permet aux UDI d'obtenir des informations actualisées. Ceci explique les appréciations qu'ils font souvent sur le système de soins et du dispositif en vigueur pour le traitement des usagers de drogues qu'ils caractérisent comme inapproprié.

³⁴ Les données de l'enquête UDSEN montrent que 65,3% des usagers de drogues ont consommé des drogues à l'étranger (Leprêtre A. et Ba I., 2011).

8.3.2. Les canaux secondaires de diffusion et de renforcement des connaissances

8.3.2.1. Le partage par bouche à oreille dans le milieu

À la suite de l'acquisition de connaissances par leurs expériences thérapeutiques et auprès des sénégalais *venants d'Europe*, les usagers se partagent entre eux les informations obtenues. Ce partage se fait le plus souvent quand un usager manifeste son désir de sevrage. « Le gars te dit *weuy* moi la dernière fois (j'ai pris) tel médicament ». Le partage des informations sur les médicaments se fait également pendant les moments de rupture de *deal* quand la *came* se fait rare dans le milieu. Dans ces moments, les médicaments peuvent être utilisés pour *mettre en patience le mal* le temps que la *came* soit disponible. Car, quel que soit le médicament utilisé, « ton organisme te demande toujours le vrai produit ».

8.3.2.2. L'information issue des notices

Les besoins manifestés de sevrage constituent les principaux motifs de recours aux médicaments. Ce recours est possible parce que l'information a été acquise par les différents moyens développés ci-dessus. Certains des usagers qui utilisent les médicaments prennent la peine de lire les notices et y apprennent parfois des informations nouvelles. L'extrait suivant en est révélateur : « tout cela c'est des médicaments qui, quand tu les prends, ces trois derniers, c'est pour la drogue. Les autres c'est pour les douleurs, d'ailleurs sur la notice on précise que cela ne peut pas remplacer la drogue. Ce n'est pas pour le traitement de la toxicologie ». Aïcha montre à travers cet extrait que la lecture des notices lui permet de renforcer les connaissances sur les médicaments et d'avoir les bonnes informations par rapport aux savoir profane déjà acquis. Elle s'était renseignée dans le *tracé* sur les médicaments de substitution mais la notice lui indique que le médicament qui lui est recommandé sert à autre chose.

8.4. Modes d'acquisition des médicaments

Les investigations montrent qu'il existe trois modes d'acquisition des médicaments. Il s'agit de l'acquisition par les *venants d'Europe*, du recours aux pharmacies et de l'itinéraire vers le marché noir *Keur Serigne bi*³⁵.

8.4.1. L'acquisition par les *venants d'Europe*

Les *venants d'Europe*, au-delà de leur capacité à véhiculer l'information sur les médicaments, sont aussi des personnes ressources pour l'acquisition de certains médicaments. La plupart sont des anciens consommateurs de drogues qui suivent un traitement de substitution en Europe. Ils viennent en vacances avec leurs médicaments pour leur séjour. L'extrait d'entretien avec Assane illustre ce mode de circulation des médicaments.

« R : j'ai vu les gens le vendre ici, mais, ils l'utilisent et à la fin ils recommencent à se droguer.

E : ils vendent quels médicaments ici ?

R : ils vendent du subitex.

E : qui les vend ?

R : les venants de France en générale.

E : vous en avez une fois acheté ?

R : non, mais on m'en a une fois donné ».

L'extrait révèle deux dimensions de l'acquisition par les *venants d'Europe*. Les médicaments qu'ils amènent pour leur traitement pendant les vacances sont partagés ou vendus. Cependant, ils ne cèdent pas tous leurs médicaments mais plutôt une partie seulement comme le révèlent les propos de Assane « non j'avais un ami qui venait de l'Europe, il en avait pas assez quoi, il en avait pas suffisamment. Il ne m'avait donné qu'un seul comprimé et j'ai su que ceci c'est un bon comprimé. Et puis je vois encore dans le milieu des gens qui le prennent et ils en disent du bien ». La plupart des usagers qui disent avoir reçu le *subitex* des *venants d'Europe*, atteste en avoir reçu qu'un seul comprimé qu'ils utilisent plusieurs fois.

³⁵ L'expression est traduite par Camara E.M.S. (2007) par « la maison du marabout » qui autrefois était un lieu de transit d'un marabout de la confrérie mouride au Sénégal et qui est devenu, de nos jours, un centre de commerce informel.

8.4.2. Le recours aux Pharmacies

Le second mode d'acquisition renseigné par les investigations est le recours aux pharmacies. « À la pharmacie je n'ai pas eu de problèmes pour avoir le médicament. À la pharmacie, j'ai dit toute la vérité au pharmacien, que je suis consommateur de drogues et que j'ai un contrat de réinsertion pour aller au Gabon et je ne veux pas partir là-bas avec cette situation. Comme le sénégalais aime aider son proche, il m'a compris et m'a vendu le médicament. C'est moi qui lui avais mentionné le médicament ». Dans cet extrait, Alioune décrit une situation de recours dans laquelle il utilise un argument axé sur son désir d'arrêter sa consommation pour une activité professionnelle. Il appelle à la compréhension du pharmacien, d'autres usagers jouent sur la pitié. Parce que ce recours semble à la fois peu évident pour trouver un médicament sans ordonnance et économiquement coûteux, certains usagers préfèrent le marché noir.

8.4.3. Le marché noir *Keur serigne bi*

« (Keur serigne bi) appartient à la commune d'arrondissement de Dakar-Plateau et se situe au centre-ville de Dakar, sur l'avenue Blaise Diagne, à quelques encablures du marché Sandaga. À l'intérieur du site se trouve un grand bâtiment en dur jouté par deux autres appartements à ses côtés. On y trouve également d'autres logements en baraque qui abritent pour la plupart de petits restaurateurs. Une mosquée d'une superficie de 40 mètres carrés d'environ, se situe à l'extrême droite de l'enceinte. On peut également apercevoir une école coranique aux confins de la demeure. Keur Serigne bi porte une forte empreinte islamique. Mis à part son aspect religieux, elle est aussi à l'image d'autres structures un cadre informel mais également un lieu de sociabilité d'une communauté idéologique. Il est un endroit où la vente illicite des médicaments est très active. Il constitue une destination privilégiée pour beaucoup de personnes » (Camara, 2007 : 61-62).

Aujourd'hui, ce marché parallèle est officiellement fermé suite à une grève menée par les pharmaciens en 2009 qui dénonçaient de nombreux cambriolages qu'ils imputaient à l'existence de ce marché noir³⁶. Cependant, le marché reste toujours fonctionnel bien que son ampleur ait diminué (moins de vendeurs, moins de médicaments). La clientèle de *Keur Serigne bi*, comme le montre Camara, appartient à différentes catégories sociales. Les usagers de drogues y ont également recours pour plusieurs raisons comme le montrent les extraits suivants.

« On me demande l'ordonnance, mais ce sont des médicaments qui ne sont pas aussi grave de telle sorte qu'il te faut nécessairement une ordonnance. C'est comme si tu veux de l'efferalgan, il n'y a pas de problème. Le trabar aussi ils savent que c'est pour les douleurs. Celui qui est assez grave pour qu'on te le donne sans ordonnance, c'est les somnifères, mais il y a des pharmaciens qui sont un peu plus flexibles pour te le vendre. S'ils ne te le vendent pas si tu vas à *Keur Serigne bi* ils vont te le vendre » (Zara).

La principale raison qui pousse les UDI à avoir recours au marché noir est l'absence de normes qui n'exige pas du client une ordonnance. Il y a ensuite la perception selon laquelle les médicaments qui y sont vendus sont les mêmes qu'en pharmacie. L'autre raison, qui revient souvent dans les propos des usagers, est la possibilité de trouver au « marché noir » des médicaments qui sont indisponibles dans les pharmacies comme le *subitex*. Ces facteurs qui motivent le recours au « marché noir » ont été décrits dans le travail de Camara. Il écrivait que « *Keur Serigne bi* jouit d'un écho favorable de la part de sa clientèle. Cette audience ne dépend pas de la qualité des médicaments même si certains acheteurs l'avancent mais du coût moins élevé des prestations offertes comparé à celui des pharmacies et de la disponibilité de certains médicaments qu'on ne retrouve pas dans les pharmacies » (Camara, 2007 : 69). Il évoque surtout le facteur économique et l'accessibilité auxquels nous pouvons rajouter la perception de la qualité des médicaments par les UDI.

³⁶ « Les pharmaciens ont fustigé le mutisme du gouvernement face à la vente illicite de médicaments. «Keur Serigne Bi» marché informel de médicament demeure dans leur collimateur. Ils ont profité de la deuxième édition des journées pharmaceutiques nationales pour décrier les cambriolages et les vols dont leurs officines sont victimes à un rythme régulier et dont les produits sont, selon eux, recelés par «une chaîne mafieuse sous la protection des chefs religieux Mourides » http://www.pressafrik.com/Le-marche-Keur-Serigne-bi-au-coeur-de-la-cible-des-pharmaciens_a5332.html, consulté le 5 Juin 2013 à Dakar

« R : les médicaments qui sont à *Keur Serigne bi*, ce ne sont pas des faux médicaments, ce sont les gens qui sont dans les hôpitaux qui l'y amènent.

E : dans les hôpitaux ?

R : ou bien que les gars, quand le mois est creux, qu'ils aillent dans leurs IPM, ils le prennent et le revendent là-bas.

E : qu'est-ce que signifie IPM ?

R : là où ils prennent leurs médicaments, les fonctionnaires là, ils vont prendre les médicaments là ou bien ça vient des labos. Les laboratoires y amènent et les gars le revendent. Il y a des médicaments qui ne sont pas S, mais ça ce sont les médicaments qui sont S, les génériques, c'est-à-dire ceux que l'on vend sous forme de tablette, ceux-là, souvent ils proviennent du Nigéria et autre. Moi, là où je m'approvisionne je fais gaffe, je sais lire, je connais les dates et tout, je prends mes précautions pour ça voilà, et je paye ça moins cher hein » (Zara).

8.5. Les modes de consommation des médicaments

La plupart des médicaments sont consommés en fonction des posologies indiquées sur les notices ou recommandés par les pharmaciens. Ces modes de consommations finissent par être partagés dans le milieu. Mais pour les médicaments qui n'avaient pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) au Sénégal, les usagers de drogues, en ont une posologie profane. Il s'agit particulièrement du *subutex* qui est le principal médicament de substitution commercialisé dans le marché noir à un prix variant entre 10000 et 15000 Fr CFA, dont le mode d'utilisation est communément partagé. Pour les autres médicaments qui ont l'AMM, les prix varient en fonction des capacités de marchandage, des fréquences d'achat des rapports avec les vendeurs s'il s'agit du marché noir et du prix officiel s'il s'agit des pharmacies. Les extraits suivants en sont révélateurs d'une posologie profane propre au subutex.

« Quand tu le prends aujourd'hui, je ne te parle pas du comprimé en entier, mais le comprimé tu le brises en 4 parties, la quatrième partie c'est-à-dire, le quart c'est ce que tu prends. Tu peux le prendre d'aujourd'hui à demain, un quart du subutex, voilà. Le comprimé tu peux l'utiliser pendant 4 jours » (Xaly).

« Et je le prenais par 4, chaque comprimé je le cassais en 4 parties. Je le prenais par quart. Parce qu'un comprimé ça peut te tenir 48 h. Jusqu'à ce que j'aie décroché totalement » (Labba).

« Le comprimé est grand comme ça (avec sa main droite, il tient le bout de son auriculaire gauche). Alors on peut le diviser en 4 parties et chaque partie peut faire tenir 24 h. (...) On peut à chaque 24h, prendre une partie et pendant 4 jours, on est sûr de n'avoir pas fumé de brown » (Suélo).

R : Pour le subitex je le divisais et je le mettais dans ma bouche

E : c'était le matin et le soir ?

R : non le matin on divisait le Subitex en quatre donc on pouvait le prendre pendant quatre jours tellement c'est fort quand on le prend on ne sent pas de manque c'est comme si on avait pris de la came » (Maba).

Les usagers prennent le comprimé par quarts qui est dû au nombre limité de médicament qu'ils peuvent en disposer et au désir que le sevrage dure plus longtemps jusqu'à la fin des douleurs. L'autre fait que montre ces extraits d'entretien et qui ne semble pas attirer l'attention des interviewés est la durée de l'effet du quart du *subutex* dans leur organisme qui varie entre 24 et 48h. Cela montre que pour les usagers, la posologie semble être l'élément sur le médicament qui attire plus l'attention. Les propos de Fecca sont révélateurs de l'aspect l'importance à connaître sur les médicaments qui est la posologie. « Le trabar, dit-il, je l'ai consommé jusqu'à la fin, 2 matin 2 soir, jusqu'à la fin ».

8.6. Appréciation des médicaments

Les usagers de drogues interrogés ont un certain nombre de perceptions sur les médicaments particulièrement sur les antidouleurs et les substituts (les mêmes médicaments pouvant être utilisés pour les deux catégories à la fois). Ces perceptions découlent de leurs expériences avec les médicaments qu'ils jugent à plusieurs niveaux. Nous en traiterons deux : l'efficacité perçue des médicaments et l'appréciation de la place des médicaments dans le sevrage. Nous décrirons par la suite les besoins manifestés qui résultent des appréciations faites sur les médicaments.

8.6.1. Efficacité perçue

L'appréciation des médicaments dépend des effets recherchés et ressentis suite à leur consommation. La lecture de quelques extraits permet de voir les différents niveaux d'efficacité perçus par les interviewés.

« Traversant 10, avec lui on ne sentait pas le *sickness* quoi, on pouvait vaquer à ses occupations » (Fecca).

« Parce que le subutex, je sais que, même en Europe, cela fait partie ainsi que la méthadone, ils font partie des médicaments qu'on leur donne, ceux qui sont en phase de désintoxication, des médicaments qui sont biens, voilà » (Zara).

Les différentes appréciations des médicaments utilisés se font à trois niveaux. Les médicaments sont d'abord perçus comme efficaces de par leur capacité à faire oublier les douleurs qui sont des symptômes de manque. Ils permettent ainsi de ne pas sentir le manque et de pouvoir faire autre chose différente des activités habituelles de recherche de *came*. Ensuite, parallèlement à l'oubli des douleurs, les médicaments permettent de combattre le *sickness*. Enfin les différents médicaments sont perçus comme efficaces parce qu'ils sont ceux en vigueur en Europe qui, pour les usagers, doit être le modèle de référence en termes de traitement de la toxicomanie comme pour les autres pathologies. Ces différents niveaux d'appréciation découlent, en plus de leurs expériences avec les médicaments, du partage de l'information avec les *venants d'Europe*.

8.6.2. La place des médicaments dans le sevrage

L'usage des médicaments conduit à des appréciations de leur efficacité mais aussi à certaines perceptions de leurs limites. Celles-ci sont assez récurrentes dans le propos des usagers et finissent par prendre le dessus sur l'appréciation de l'efficacité. Les propos suivants de Labba en donne une illustration : « ça réduisait la douleur, mais juste un peu, ce n'était pas bien efficace ». Plusieurs raisons sont évoquées pour parler des limites des médicaments.

« Je me suis dit que tout était une question de volonté parce que tous ces médicaments, les *jubitex*, les *néocodion*, les *koinic*, et *télesta*, ça ne sert pas à grand-chose, il faut juste de la volonté parce que si on prend l'habitude de décrocher par ce biais, on redevient *sick* dès qu'on arrête d'en prendre, alors j'ai pris le risque (de *décrocher* sans aucun recours), on ne meurt qu'une seule fois » (Aïcha).

« À moi, ça ne sert à rien, les médicaments sont juste des calmants, ils servent à soulager la douleur à l'heure où, d'habitude on prenait la dose, ou à nous permettre de dormir la nuit. Il y en a qui avale des pions et tout ça, mais moi, je n'en ai rien fait. J'ai vécu trois jours de calvaire mais, tout est une question de volonté » (Suélo).

« Il y en a qui le font mais, dès qu'ils arrêtent, ils redeviennent *sick*, on peut l'utiliser 20 jours le temps que la drogue descende mais après on en devient dépendant » (Assane).

Ces extraits dévoilent au moins trois facteurs qui expliquent pourquoi les médicaments sont perçus comme peu efficaces. Ils sont le plus souvent appréciés par rapport aux douleurs et au sevrage qui sont les principaux motifs de recours aux médicaments. Certains pensent que bien que les médicaments soient efficace pour les douleurs, ils ne le sont que partiellement. D'autres considèrent que le fait de *décrocher* en utilisant les médicaments consiste à remplacer une drogue par une autre drogue. De fait, dès que la drogue de substitution finit, ils redeviennent *sick*. D'autres encore pensent que l'usage des médicaments pour le sevrage aboutit, à la longue, à une nouvelle dépendance alors que leur principal souci est de rompre avec les drogues. C'est la raison pour laquelle, en termes de sevrage, le recours aux médicaments est perçu comme seconde alternative.

R : bon avec les médicaments on peut replonger tandis que si on part loin on est sûr de ne pas replonger

E : vous resterez là-bas sans revenir ?

R : non, mais j'y resterai au moins très longtemps, le temps de terminer ma cure (Assane).

Cet extrait révèle un élément assez partagé dans le milieu des UDI qui est la notion du temps. L'analyse des différents propos sur cette notion dévoile deux réalités. La première est que le sevrage est plus une question de temps que de moyen utilisé. Plusieurs indicateurs de temps sont ainsi utilisés : le temps de ne plus ressentir les douleurs (3 à 7 jours) ; le temps que la drogue *descende* ou sorte de son organisme

(20 jours à 3 mois). La deuxième réalité (aussi considérée comme troisième indicateur de temps) est que le temps de l'usager de drogue est un temps long, difficile et indéfini, puisqu'« on peut rester quatre à cinq années sans toucher l'affaire et qu'un beau jour on rechute » (Fecca).

8.7. Au-delà des médicaments, des besoins manifestés

Les usagers de drogues interrogés évoquent plusieurs limites concernant l'usage des médicaments et, de manière plus générale, par rapport à toutes leurs tentatives de sevrage. Des besoins tels que le suivi psychologique sont très souvent évoqués.

« Je conçois qu'il faut qu'il y ait un suivi, parce que ces médicaments, ce n'était pas la première fois que je les prends, par çà et là, on m'en donnait beaucoup à chaque fois que j'y allais. Mais c'est moi qui l'ai interrompu parce que ce n'est pas de cela dont j'avais besoin.

(...). Il existe des médicaments qui si tu les prends, nous tous nous savons, la majeure partie sait qu'en prenant ces médicaments si tu restes le vendredi jusqu'au vendredi prochain, tu n'es plus « sick », tu ne ressens plus rien, mais c'est dans la tête que cela se passe, psychologiquement. Parce que tu es malade psychologiquement, tu es malade et tu ressens des douleurs dans ton organisme ainsi que des douleurs que tu ressens dans ta tête » (Zara).

Les nombreuses expériences de sevrage ne donnent pas toujours des résultats satisfaisants pour les usagers. Leurs expériences avec les médicaments leur confèrent un certain savoir qui leur permet de faire la distinction entre les bons et les mauvais médicaments. Elles leur permettent également de construire l'idée d'un traitement efficace. Ils connaissent les manques des différents traitements à l'œuvre dans le *tracé*. Ils connaissent également les différents traitements à l'œuvre en Europe (particulièrement en France). Cet ensemble de connaissances attribue aux usagers un statut particulier en termes de traitement de la toxicomanie qui les pousse, en partie, à réclamer une place dans le dispositif de traitement en cours au Sénégal.

Conclusion

À l'issue de cette description du recours aux médicaments par les usagers de drogues à Dakar pour gérer le syndrome de manque ou pour « décrocher », on peut s'interroger sur les effets médicaux et sociaux de l'absence de disponibilité des traitements de substitution dans le système de soins sénégalais, motivée par une approche politique des drogues basées sur la prohibition. L'absence de disponibilité des traitements de substitution dans les services de santé n'évite pas leur circulation au Sénégal : au contraire, le Subutex, qui n'est pas utilisé dans les services de santé, circule sur le marché informel hors de tout contrôle des pouvoirs publics.

L'absence de traitement de substitution dans les services publics a permis le développement du marché informel et l'a rendu rentable, puisque le Subutex y est vendu à un prix démesuré par rapport aux tarifs pratiqués en Europe d'où viennent les personnes qui en ont popularisé l'usage au Sénégal. Aussi les usagers sont-ils obligés de « diviser les doses » jusqu'à un niveau qui, bien qu'ils ressentent des effets sédatifs sur le syndrome de manque, n'est peut-être pas suffisant pour bénéficier pleinement du produit. Les usagers de drogues ont construit un savoir profane autour de ce médicament sans l'aide des professionnels de santé, et leurs ressources (acquisitions personnelles de connaissances et partage d'expérience entre eux et avec les usagers ou ex-usagers venus d'Europe) leur ont permis de mettre en place des mesures, qui ne parviennent cependant pas à les satisfaire pleinement.

CHAPITRE 9

LE VOYAGE HORS DU MILIEU

Introduction

Ce chapitre a pour objet de décrire une des pratiques de sevrage fréquente chez les usagers de drogues (UD) à Dakar. Les données qui servent de base à cette description sont issues des enquêtes de terrain auprès de neuf consommateurs de drogues auprès desquels nous avons recueilli des récits de vie en 2013 et parmi lesquels cinq ont effectué le *voyage hors du milieu*. Ces données ont été complétées par une observation dans un site très fréquenté par la population d'étude pour le sevrage, où deux consommateurs de drogues, deux notables et un maître coranique ont été rencontrés.

Le terme de *milieu* dans sa première définition en français désigne « le cadre, l'environnement dans lequel vit quelqu'un, considéré comme conditionnant son comportement, (d'où l'expression), savoir s'adapter selon son milieu » (Larousse). En sociologie, le milieu est synonyme d'environnement social ; c'est ainsi que l'on parle « milieu populaire » ou de « milieu culturellement favorisé » (Dortier, 2004 : p.557). Le terme *milieu*, employé par un consommateur de drogues, désigne l'environnement de consommation composé de dealers et de pairs consommateurs ; il est également désigné sous l'appellation de *junkya* ou de *tracé*.

Le *voyage hors du milieu* est l'expression employée par les consommateurs de drogues à Dakar pour désigner une pratique d'auto-sevrage qui consiste à se détacher du *milieu* pour rompre sa consommation. Cette pratique est un processus qui commence par l'expression du désir de sevrage puis se matérialise par l'itinéraire et prend fin par le retour dans le milieu. La pratique est très fréquente dans le milieu des UD qui y ont recours le plus souvent avec comme objectif le sevrage définitif.

Parmi les consommateurs de drogues qui ont effectué le voyage hors du milieu, il y a :

Zara, femme âgée de 55 ans qui a fait plusieurs voyages à Ndindi

Assane : homme âgé de 55 ans qui a fait un premier voyage à St Louis et trois autres voyages à Ziguinchor ;

Maba, femme âgé de 45 ans qui a fait trois voyages à Ndindi ;

Suelo, homme âgé de 45 ans qui a fait deux voyages : à Diourbel puis à Darou ;

Alioune, homme âgé de 57 ans qui a fait un voyage à Thiès ;

Brama, homme âgé de 52 ans qui a fait un voyage à Popenguine ;

Mamebi, homme âgée de 55 ans qui a fait un voyage à Ndindi.

9.2. La prise de décision

Plusieurs motifs déterminent la décision de quitter le *milieu*, liés, pour la majeure partie, à des difficultés de financer leurs doses quotidiennes et au désir d'intégration professionnelle. Elle peut aussi découler d'un désir d'intégration/réintégration socio-familiale ou de problèmes juridiques.

9.2.1. Les difficultés de financement de la consommation

Elles sont les causes les plus fréquentes évoquées par les consommateurs de drogues quand il s'agit d'expliquer leurs voyages.

Assane : le premier voyage hors du milieu devait arriver quand Assane a eu un contrat de 10 jours pour faire une installation électrique à St Louis avec une équipe qu'il dirigeait. Il emporta avec lui trois doses d'héroïne pour les consommer pendant les premiers jours. Il y avait une famille mais il a préféré loger ailleurs de peur qu'elle ne découvre sa situation d'héroïnomane. Quand sa provision en drogue fut achevée, il sentait des douleurs et, pour dissimuler les causes de sa souffrance, il faisait croire à son

équipe qu'il était malade. Suite à cette expérience, il s'est dit que loin de chez lui il pouvait s'abstenir d'en consommer. Il emploiera cette technique qui consiste à quitter le milieu de consommation à chaque fois que « les portes se referment. C'est-à-dire, dit-il, quand mes démarches pour me trouver de quoi acheter le produit ne donnent rien. Parfois c'est très dur de se trouver de la monnaie pour la came. C'est fatiguant et à la fin je préfère m'en aller ».

Zara : depuis longtemps, Zara parvenait à financer sa consommation quotidienne de drogue grâce à l'entraide avec ses amis avec qui elle consommait et qui se partageaient souvent leurs doses. Puis arrive un moment où, dit-elle, « j'étais fatiguée psychologiquement, stressée par l'affaire parce que financièrement je n'avais plus les moyens. Dieu m'a préservé toutefois, car je ne voulais pas user de certaines stratégies pour trouver de l'argent par exemple prendre le bien d'autrui, faire des choses pas correctes car en tant que femme, il y a certaines choses que je n'ai jamais cautionnées. Quand j'ai su que j'étais vraiment fatiguée et qu'il me fallait chaque jour ma dose et que je n'arrive plus à avoir de l'argent, si je ne faisais pas attention il se pourrait que je fasse des choses que je ne désire pas ; donc j'ai décidé de partir ».

Dans ces deux cas, la prise de décision est consécutive à des difficultés financières rencontrées dans la recherche de produits. Le *voyage hors du milieu* est la solution trouvée par le consommateur de drogue face à l'impératif de consommation, tant qu'il reste dans le milieu. Cela laisse entendre que le processus n'est pas un acte volontaire, planifié, mais plutôt une stratégie qui s'impose aux consommateurs de drogues. La décision de partir n'aurait pas eu lieu si le consommateur était parvenu à trouver les ressources nécessaires pour l'achat de drogues.

9.2.2. Le désir d'intégration socio-professionnelle

Le *voyage hors du milieu* pour le sevrage est également choisi quand le consommateur de drogue décroche un travail et désire le commencer *clean*.

Alioune : artiste créateur de profession, Alioune a plusieurs fois séjourné en prison où il fut inspiré et créa les meubles à corne de bœufs. Il fut sollicité par la maison d'arrêt et

de correction de Thiès pour initier les prisonniers à cet art. À Thiès, il fut hébergé dans une famille avec qui il a eu de bons contacts pendant son séjour. Lorsqu'il fut sollicité par l'autorité gabonaise pour aller faire cette même formation aux prisonniers à Libreville, il s'est rendu dans cette famille à Thiès où il reste pendant 45 jours pour son sevrage avant d'aller remplir ce contrat.

Brama : ingénieur, ancien capitaine dans l'armée sénégalaise, Brama est actuellement sans emploi et mène une vie de *junky* à Dakar. À deux reprises, ses parents ont tenté de l'aider à sortir de la consommation en l'amenant dans des hôpitaux psychiatriques. L'autre solution, dit-il, « quelques mois après, vu que les hospitalisations n'avaient pas donné de résultat, était d'aller à Popenguine, au Centre Kisito, grâce à l'appui de ma tante qui m'a payé l'hébergement. Il me fallait aller quelque part. Dans ma conscience je me disais qu'il faut que je me reprenne en charge. Je dois travailler, j'ai passé toutes ces années sur les bancs de l'école pour finir comme ça ».

La perte d'emploi à cause de la consommation de drogue est une réalité fréquente dans la population des UD à Dakar. Plusieurs projettent d'avoir un emploi qui leur permettra de s'occuper et de moins fréquenter ou abandonner le milieu. La question de l'emploi occupe un part important de leurs propos soit pour montrer que le désœuvrement est un facteur de rechute après le sevrage ; soit pour le décrire comme facteur favorisant la réussite du sevrage chez un ou des pairs.

9.2.3. Le désir d'intégration socio-familiale

Assane : Les nombreuses tentatives de sevrage qu'il a entreprises à cause des difficultés qu'il éprouvait à financer sa consommation n'ont pas eu le résultat escompté. Ces motifs ne faisaient plus l'objet de voyage hors du milieu et la dernière fois qu'il est parti à Ziguinchor, ce fut parce que, dit-il, il commence à prendre de l'âge et qu'il doit réaliser quelque chose dans sa vie. « Je devrais pouvoir préparer le reste de ma vie, et au moins avoir une femme, me refaire car je n'ai plus rien, j'ai tout mis dans la drogue, je ne souhaite pas mourir ainsi, je souhaiterai pouvoir prier et pratiquer correctement ma religion ».

Maba : avec l'aide de sa famille, Maba a fait trois structures de santé pour rompre avec sa consommation en vain. Sa famille finit par se décourager et cesse de l'aider pour son traitement mais continuait de l'appuyer financièrement parfois pour qu'elle supporte ses frais de consommation. La première fois qu'elle est allée à Ndindi, dit-elle, « j'avais fait des bêtises chez moi. J'avais honte. J'avais pris le portable de ma maman et son argent pour m'acheter ma dose. Donc j'avais honte, c'est pourquoi j'ai préféré m'enfuir. J'avais très honte ».

La deuxième fois, Maba est partie à Ndindi pour un sevrage définitif à cause du questionnement de son fils qui a 12 ans et qui est en classe de 5ème.

E : pourquoi dites-vous que votre fils est confus ?

R : je le vois ma mère me l'a dit moi-même je l'ai vu en plus, son rang en classe a baissé. On voit que la perturbation est manifeste il pose de ces genres de questions.

E : A qui pose-t-il les questions ?

R : à moi il me pose beaucoup de questions

E : Comme quoi par exemple ?

R : il me demande par exemple pourquoi je suis tout le temps malade ? Pourquoi je vais toujours à Touba ? Pourquoi je ne me suis pas mariée avec son papa ? Pourquoi je ne vis pas avec eux à Dakar ? Pourquoi je vis dans une case à Ndindi alors que j'ai tout à Dakar ? (Maba)

Mamebi : aîné d'une famille aisée, Mamebi a grandi en France où il a commencé sa consommation de drogues. De retour au Sénégal en 2002, il reste six mois à Dakar où il a rejoint le *tracé* local pour continuer sa consommation. Pour l'aider, sa maman l'incite à aller à Ndindi en lui disant « ton ami là, avec qui tu fumais en France, il est parti à Touba depuis six mois, il a complètement décroché, il faut y aller et moi chaque semaine je t'envoierai 15000 pour ton intendance ».

Le désir de sevrage pour une réintégration socio-familiale prend des dimensions individuelle quand c'est l'UD lui seul qui prend décision de faire le voyage et collective quand la famille s'implique dans l'organisation du voyage. Le sevrage par le *voyage hors du milieu* a pour but de permettre à l'UD de réintégrer la famille et la société par le mariage, l'emploi, la prière comme dans le cas d'Assane. Dans d'autres cas, comme celui de Maba, le voyage permet à l'UD de s'auto-exclure d'une famille où elle se sent

peu conforme aux autres puis de revenir pour rétablir son rôle social de mère.

9.2.4. Le motif juridique

Le facteur juridique est évoqué quand un proche est arrêté ou quand il y a des patrouilles régulières, dans des contextes d'« opérations antidrogues » menées régulièrement par la police par exemple et que les UD pensent que le moment est à risque.

Suélo : pour les aider à sortir de leur consommation, Suélo et ses deux frères (tous musiciens et UD) ont été amenés à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye à deux reprises. Lors du second séjour, ils se sont échappés de l'hôpital pour aller jouer un concert avec un ami qui leur avait proposé beaucoup d'argent. De retour à Dakar, ils reprennent leur consommation jusqu'à ce qu'un des frères soit emprisonné. De peur d'être arrêtés, ils décident de rompre avec leur consommation. « On était déjà allé à l'hôpital deux fois et on a voulu y retourner mais le gars (psychiatre) a refusé, dit-il, alors fallait qu'on use de nos propres moyens ; on est parti en voyage à Diourbel ».

Le voyage *hors du milieu*, comme pratique de sevrage tiens sa spécificité de la nécessité pour le consommateur de s'éloigner du *junkya*, qui, par moment, peut être un cadre difficile face à de nombreuses contraintes. La description sur les motifs du voyage montre que ces dernières peuvent être d'ordres financiers, familiaux, professionnels et juridiques. Certes, ces mêmes motifs peuvent faire l'objet d'autres types de sevrage ; mais le voyage *hors du milieu*, intervient dans un contexte marqué par l'échec du recours en psychiatrie (généralement premier type de recours pour le sevrage avant le voyage hors du milieu), ou suite à une appréciation négative du sevrage par le médicament (considéré comme des drogues pouvant créer une dépendance).

9.3. La préparation du voyage

Le voyage est plus ou moins préparé en fonction des moments où les décisions sont prises, de l'expérience avec cette pratique de sevrage et des informations obtenues dans le *milieu* avant le voyage. Les premiers voyages sont les moins préparés où le consommateur de drogues prend sa décision et cherche tout de suite à quitter le *milieu*. Le premier voyage de Zara est exemplaire à cet effet.

E : racontez-nous comment s'est passé votre premier voyage ?

R : le jour où je me rendais à Touba, je ne disposais que de 2 500 francs. 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 car je n'avais pas d'argent. J'ai pris une dose avant de partir parce que je ne pouvais pas voyager sans prendre ma dose, mais je n'ai amené aucun médicament, je n'ai rien amené.

E : vous n'avez pas aussi emporté de dose ?

R : non mais moi, je n'emporte rien parce que je veux toujours oublier la chose derrière moi. Je veux m'en éloigner, parce qu'en détenir sur moi pendant un voyage, cela n'a pas de sens, je ne l'emporte pas (Zara).

L'information reçue dans le milieu sur les difficultés du sevrage hors du milieu et les expériences thérapeutiques qu'acquièrent les UD dans les structures psychiatriques sont déterminant dans la préparation du voyage. Ayant reçu l'information sur les douleurs des premiers jours, (insomnies, anorexie, etc.), certains UD préfère emporter des doses de drogues et des médicaments avec eux.

« Parce que ça commençait à devenir dur, un de nos frères était en prison alors on y est allé, et on a emporté notre came ». (Suelo).

« Quand je partais, j'avais amené avec moi un paquet de rivotril que j'ai acheté à la pharmacie. J'ai dit toute la vérité au pharmacien, que je suis consommateur de drogues et que j'ai un contrat de réinsertion pour aller au Gabon et je ne veux pas partir là-bas avec cette situation ». (Alioune).

« Quand j'ai débarqué là-bas j'avais pris des médicaments que j'avais choisis moi-même. J'avais pris du transenne. (Brama).

En plus de l'information, l'expérience également est un facteur déterminant de la préparation du voyage. Assane est exemplaire à ce sujet. Il a fait quatre voyages dont le premier à St Louis a été le plus difficile, mais lui a permis de mieux planifier ses autres voyages. Il raconte la préparation de son dernier voyage à Ziguinchor.

« Pour aller à Ziguinchor, je me débrouille pour avoir une petite somme. Parce que parfois j'ai un coup c'est-à-dire, je décroche un job qui me rapporte parfois jusqu'à 100.000frs ou un 50.000frs CFA.

Avec une partie de mon argent, j'achète benn 10, je veux dire 10 képa (10 quarts de gramme d'héroïne), c'est la camelote, que j'utilise là-bas. Au début je les prends un à un et quand il m'en reste que 5, je les utilise en les divisant en 2, parce que je ne peux pas arrêter brusquement, j'y vais doucement. Je réduis ma dose peu à peu, parce que plus tu en prends, plus il est difficile de t'en sortir. Moi j'en prends 2képa par jour alors, il m'est plus facile d'arrêter que quelqu'un qui en prend 4 ou 5. Donc j'amène 10 képa.

Au bout des 15 premiers 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 Bourdon (alcool traditionnel) et je prends des efferalgan que j'achète avant le voyage. Cela m'aide à supporter les douleurs.

Je calcule toutes mes dépenses. Parce qu'au début, on ne peut pas manger le riz là, donc, c'est des corn bœuf et des fruits qu'on peut manger. L'alimentation est difficile pendant les moments de décrochage. On peut vous donner un bon riz au poulet mais on n'en mange pas plus de 5 cuillères. Si on en mange beaucoup, on le rejette, on vomit. Les fruits peuvent passer. Donc je prévois un budget pour mes repas, un budget d'une semaine ou de 10 jours, en attendant que je puisse à nouveau manger le riz » (Assane).

La particularité d'Assane relève, en plus de son expérience, de sa capacité à financer son voyage qui lui permet de prendre en charge tous les effets émergents avec le sevrage que son expérience lui avait permis de connaître (manque, alimentation). Ces effets sont bien connus dans le *milieu* des UD mais, dans la pratique, le consommateur de drogue qui entreprend le voyage éprouve le plus souvent des difficultés financières pour anticiper sur eux. Les différents aspects qu'Assane gère de manière globale durant son voyage se retrouvent aussi dans les autres parcours des usagers de drogues en sevrage. Le voyage tel que l'effectue Assane reste l'idéal auquel chacun aspire en tentant l'expérience mais que les contraintes économiques ne permettent pas de réussir.

9.4. Choix du lieu de sevrage

Les destinations des consommateurs de drogues pour le sevrage *hors du milieu* de consommation sont nombreuses, choisies en fonction de plusieurs déterminants. La présentation de quelques extraits permet de les identifier.

« Je vais à Ziguinchor depuis 1977, j'y été pour la construction de la BCEAO c'est à ce moment que j'ai commencé à y aller, on y a construit la SENELEC et autres. Je m'y suis fait des amis et tout, je fréquentais la côte. J'allais jusqu'à KASAK et là-bas j'avais un ami que j'avais connu à Dakar.

Il n'y a pas de came. De toute façon, du moment que je ne sais pas où cela se vend, je suis en paix, je ne me renseigne pas sur où je peux en trouver et comme ça, je suis tranquille ». (Assane).

« L'autre solution, quelques mois après, ma tante me paie des vacances à Popenguine, le centre Kisito. (...). Elle passait le weekend parfois avec les femmes catholiques là » (Brama).

« Je suis allé à Touba parce que moi je suis mouride, mon marabout est là-bas. Je me suis rendu au daara et y suis resté, sachant que là-bas il y'a pas de drogues. Mais il y a à manger, la prise en charge alimentaire quoi ; c'est là-bas qu'on fait tout, c'est là-bas qu'ils dorment, tu n'as pas de problèmes de logement » (Zara).

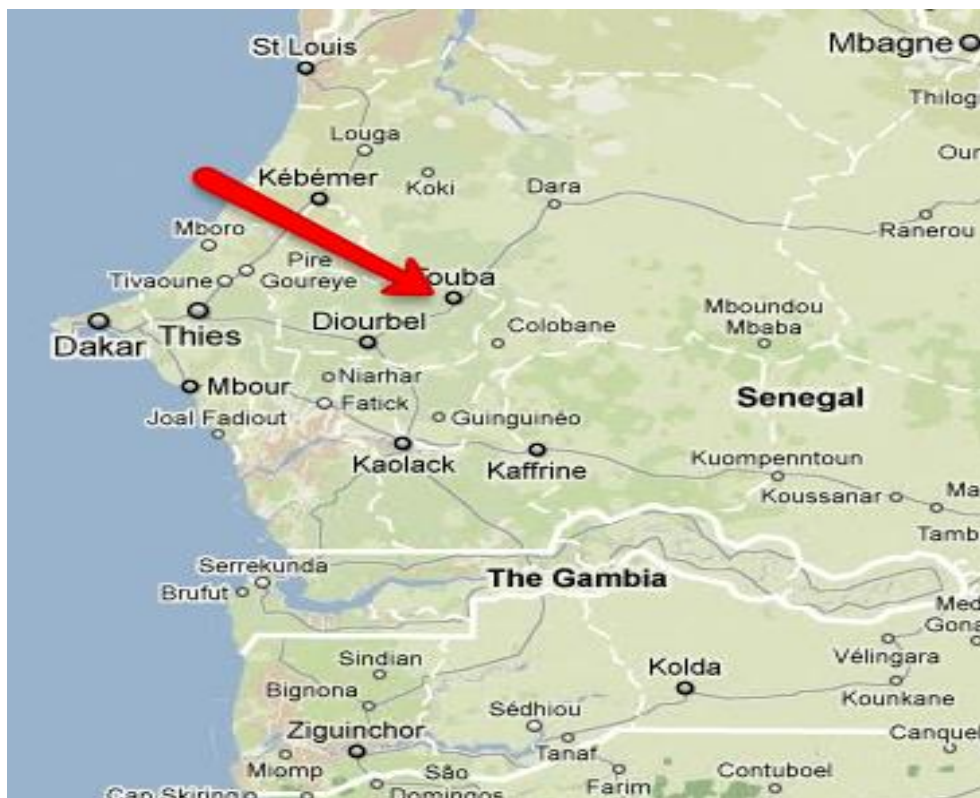
La préparation du voyage intègre la réflexion sur le lieu où se rendre pour effectuer le séjour. Les liens d'amitié et les parents qui habitent hors de Dakar sont les personnes sollicitées afin de bénéficier d'un logement gratuit à l'exception de Brama qui a bénéficié d'un soutien pour loger dans une auberge. La réflexion sur la destination prend aussi en compte l'absence de drogues, ou l'absence de connaissance du *tracé local* (lieu de vente d'héroïne ou de cocaïne). Le consommateur de drogue peut aussi choisir un lieu en fonction de sa religion ou de son appartenance confrérique, où il a plus de facilité (pour l'hébergement, l'alimentation) et où il part trouver son guide. Enfin, le choix de la destination est aussi fait en fonction de la possibilité de trouver, sur place, de l'alcool, des médicaments ou du cannabis, nécessaires au moment du sevrage.

Plusieurs départements du Sénégal ont été fréquentés par les UD tels que Thiès, Ziguinchor, Diourbel, Mbour et Saint Louis. Il y a aussi la localité de Ndindi qui, par rapport aux autres, est spécifique du fait du nombre de consommateurs de drogues qui y

ont recours et par la symbolique attribuée à ce lieu. Trois types de lieu peuvent être distingués : il y a le lieu d'accueil empathique amical ou familial choisi pour l'écoute et la compréhension ; le lieu d'accueil collectif choisi pour l'absence de drogues et où les personnes sont « sous le regard collectif » ; et le site sans caractère spécifique mais où il n'y a pas de drogue.

9.5. Se retirer au *daara* de Ndindi

Ndindi est un village situé à 7 quelques kilomètres de Touba (appelé la ville sainte), qui lui est situé à 180 Km de Dakar.



À deux kilomètre du centre de Ndindi, se trouve une petite localité implantée par un

guide religieux où il accueille ses fidèles dans son *daara*³⁷. En plus des raisons du choix des lieux pour le sevrage *hors du milieu* cités plus haut (hébergement gratuit, absence de *tracé*), les consommateurs de drogues qui l'ont fréquenté y cherchent également une éducation spirituelle. Les investigations menées dans ce village ont permis de retracer l'histoire de ce lieu qui lui confère un statut historique et symbolique pour accueillir les consommateurs de drogues.

Le village a été créé en 1913 par un dénommé Serigne Fallou Mbacké, un des fils du fondateur de la confrérie mouride au Sénégal appelé Serigne Touba Mbacké. Le mouridisme est la plus grande confrérie musulmane au Sénégal et regroupe des fidèles qui font allégeance au guide suprême Cheikh Ahmadou Bamba encore appelé Serigne Touba (le marabout de Touba). Cette confrérie fonde ses principes sur le travail et la prière.



Serigne Touba,
fondateur du
mouridisme



Serigne Fallou,
fondateur du village
de Ndindi

³⁷ Les investigations auprès du maître coranique ont montré l'existence de différents types de *daara* :

Daara jang (apprentissage) : pour des enfants avec paiement mensuel, sans mendicité et avec bër (vacance à Korité, Tabaski et Magal de 15 jours chacune) ;

Daara mbappat : pour enfants, sans paiement, avec mendicité pour se nourrir ;

Daara tarbia : pour adulte qui est un lieu où les fidèles pratiquent ceux qu'ils devaient apprendre en théorie. Ils travaillent souvent pour le guide spirituel. C'est ce troisième type de *daara* qui existe dans les lieux où les consommateurs de drogues se rendent.

Les récits des notables rencontrés sur place rapportent que Serigne Touba a convoqué ses fils pour leur demander de s'installer chacun dans un endroit autour du village de Touba, qu'il avait lui-même créé, afin d'agrandir les lieux. L'occupation de Touba, écrit Cheikh Gueye, « était surtout le fait de *ndigël* précis du chef de la confrérie pour donner à plusieurs *cheikh* une emprise spatiale aux abords de la future cité de Touba. *Touba c'est mon dëkk* (terme wolof qui désigne une localité rurale ou urbaine), *allez fonder vos propres dëkk*, aurait-il dit à ses fils Serigne Modou Moustapha et Serigne Fallou qui s'exécuteront en fondant respectivement en 1915 les villages de Tindody et de Ndindi. » (Gueye, 2002 : 64).

Sur ce, rapporte un notable rencontré à Touba, Serigne Fallou Mbacké répond qu'il avait trouvé un lieu, qu'il avait baptisé Ndindi, du nom d'un arbre qui y poussait en nombre. Son père lui répond alors, dans un style poétique en employant une rime riche : « Ndindi ? Di nga fa took bay def ak dindi³⁸ ». Puis, rapportent les notables, c'est de là que la chanson de louange à Serigne fallou est partie qui dit, à la suite de son père : « Serigne Fallou, moy borom Ndindi, moy déf moy dindi, ku reer, mu ngindi³⁹ ».

De là est partie la représentation très partagée chez les consommateurs de drogues appartenant à cette confrérie selon laquelle le village de Ndindi est un lieu de réconciliation avec Dieu pour des personnes *perdues* qu'ils sont⁴⁰. Le sevrage dans ce lieu est plutôt réussi pour ceux qui y restent et qui se voient jouer des rôles et retrouver des fonctions qui les y maintiennent et qui sont finalement en retrait du *milieu* de consommation.

Mamebi : arrivé à Ndindi en 2002, Mamebi rejoint un groupe de fidèles qui défrichaient le terrain où devait s'installer leur guide. Après le défrichage, ils s'installèrent dans ce lieu où il n'y avait que quelques cases en cette époque-là. Son ami qui l'y avait précédé et avec qui ils étaient ensemble en France avant d'être expulsé, l'invita à faire du travail

³⁸ « Ndindi ? Tu t'y installeras, tu feras et déferas ce que tu veux »

³⁹ « Serigne Fallou est le propriétaire de Ndindi, c'est lui qui fait et défait, il est le guide pour ceux qui sont perdus ».

⁴⁰ Considérant leur dépendance aux drogues comme un *natou*, c'est-à-dire un fardeau que Dieu a mis sur eux pour voir leur capacité d'en sortir et de revenir à lui. Ils considèrent dans ce sens que chaque individu a son propre *nattou*.

de guide touristique dans la grande mosquée de Touba, à 7 kilomètres de Ndindi. Ils étaient les seuls à parler anglais et français à la fois et leur business marchait bien. Aujourd'hui, il accueille les consommateurs de drogues qui partent dans ce lieu pour le sevrage et les aide beaucoup. C'est ainsi qu'il a fait connaissance avec Maba, 46 ans, qui allait là-bas pour le sevrage, avec qui il a eu une aventure et qu'il a fini par épouser. Maba trouve une vie conjugale qu'elle apprécie bien, elle réside à Ndindi et part souvent à Dakar voir sa famille.

Cet extrait permet de voir les raisons véritables du choix de ce lieu pour le sevrage hors du *milieu* de consommation. Certains consommateurs qui arrivent dans ces lieux sont accueillis par Mamebi en qui ils voient un modèle de réussite du sevrage qu'ils imputent à la sacralité des lieux alors que c'est plutôt relatif à son activité de guide touristique dans la Mosquée de Touba qui le maintient dans ce lieu et l'éloigne de Dakar où il consommait les drogues.

9.6. Le processus de sevrage

9.6.1. La méthode

Le choix de la méthode de sevrage porte plus souvent sur une approche progressive que sur une interruption brutale de la consommation. Le plus souvent, le voyageur prévoit quelques *doses de came* qu'il utilisera sur place afin de ne pas procéder à une rupture brutale de sa consommation et pour mieux supporter le sevrage. Le cas de Suélo (cadet de trois frères consommateurs de drogues) permet de décrire la méthode de rupture avec la *came* une fois dans les lieux de sevrage.

« On y est allé, et on a emporté notre came parce que les sevrages brutaux sont durs, il fallait y aller *mollo mollo*. Nous avons amené juste de quoi tenir deux jours. Quand on est arrivé on a pris deux quarts alors que notre consommation quotidienne était de 4 doses par jour. Après on en a pris un, et le lendemain la moitié, après un quart et après on a arrêté. C'était dur mais, on tenait le coup » (Suélo).

Le sevrage, disent les consommateurs l'ayant expérimenté, est plus ou moins difficile en

fonction de la quantité de drogues consommée au quotidien. Plus le nombre de doses consommées par jour est élevé, plus le sevrage sera douloureux avec un désir insatiable de retourner dans le *milieu* de consommation. La fréquence de consommation est un aspect pris en compte pour préparer le déplacement ; le nombre de doses emporté dépend d'un calcul sur la base de la fréquence de consommation journalière. Dans la perception collective des consommateurs de drogues à Dakar, l'arrêt brusque de la prise de drogue est mortel car, disent-ils, c'est pendant l'arrêt de la consommation que tous les maux, silencieux du fait de la consommation de drogues, font surface. Dans le processus de sevrage hors du milieu, cet aspect est pris en compte et c'est pourquoi les usagers prévoient quelques doses de drogues qu'ils consomment sur place avec une diminution progressive des doses pour mieux atténuer le manque par la suite.

9.6.2. La gestion des syndromes de manque

Les syndromes de manque sont, selon la définition de l'OMS un « ensemble de symptômes qui se regroupent de diverses manières et dont la gravité est variable. Ils surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et habituellement prolongée ou massive. Le syndrome peut s'accompagner de signes de désordre physiologique. Le syndrome de sevrage est l'un des indicateurs d'un syndrome de dépendance »⁴¹.

Les effets de l'arrêt complet ou partiel de la prise de drogues ont été rapportés depuis longtemps dans la littérature sur l'étude des toxicomanies. Dans son ouvrage intitulé *Introduction à l'étude des toxicomanies*, Schmelck écrit que les manifestations physiques du phénomène de manque (pour les opiacés) sont les troubles digestifs (vomissement, diarrhée), les troubles circulatoires (pâleur, sueurs froides), les douleurs (viscéralgies, crampes musculaires), les insomnies, le larmoiement et la rhinorrhée. (Schmelck, 1993 : 34).

Chez les UD qui pratiquent le sevrage *hors du milieu*, les syndromes de manque se font sentir quand toutes leurs provisions en *came* finissent. L'extrait d'entretien avec

⁴¹ http://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/.

Alioune en est révélateur.

« J'avais des diarrhées, des maux de ventre, je ne pouvais pas dormir le soir, les journées étaient longues pour moi, parce que je ne faisais rien du tout. Les premiers jours étaient durs pour moi. Même la cigarette, je n'en voulais plus ».

À ce stade du traitement hors du milieu, les consommateurs de drogues mettent en œuvre plusieurs stratégies pour gérer les effets ressentis.

9.6.3. Les douleurs et insomnie

Les extraits d'entretien suivants permettent de décrire les modes de gestion des douleurs et de l'insomnie pendant le sevrage hors du *milieu*.

« J'avais amené avec moi un paquet de *rivotril*. C'est un médicament qui aide à dormir, je le prenais seulement la nuit, tu prends deux comprimés, ainsi, tu dormiras vite, mais, il faut se réveiller tôt pour manger, ensuite, on se recouche pour dormir » (Alioune).

« Là-bas, je suis sick au début et je ne dors pas la nuit. Parfois quand ça devient insupportable, je prends du *Kana bourdon* (alcool traditionnel) ; c'est de l'alcool très fort, j'en prends deux verres à thé par jour. C'est pour pouvoir dormir et pour lutter contre les douleurs » (Assane).

« La douleur était intenable, on sortait trainait, mais comme c'était atroce, on en arrivait à s'acheter du Gin et de la bière pour pouvoir tenir » (Suelo).

À la fin de la provision en *came*, pour alléger sa souffrance, les consommateurs de drogues cherchent des substituts. En fonction des ressources financières disponibles, plusieurs produits sont utilisés comme l'alcool, les médicaments, le cannabis. Ils permettent, selon les interviewés, de combattre les douleurs, de faciliter le sommeil entre autre. La préparation du voyage tient compte de cet aspect qui sera une étape dans le processus de sevrage.

L'alcool et les médicaments sont utilisés pour gérer à la fois les douleurs et l'insomnie dans les lieux de sevrage où, le consommateur de drogue les sait disponibles avant son voyage. L'usage de ces produits peut être contraignant pour le déroulement du sevrage quand l'UD en arrive à se saouler et se faire remarquer dans la famille d'accueil. Pour cela, il est important de réguler sa consommation et de cacher tout autre signe qui

pourrait interroger les hôtes. Assane explique dans un entretien qu'il « se lavait beaucoup parce qu'il a de grosses bouffées de chaleur ». Les bains servent à gérer un effet du manque assez visible pour faire l'objet de questionnement.

9.6.4. L'alimentation

Le moment du sevrage est décrit comme très difficile avec une alimentation presque impossible parce qu'elle peut, selon les interviewés, provoquer des nausées et des vomissements. Dans ce contexte, tout aliment ne s'offre pas à la consommation, et l'UD se prépare en conséquence pour gérer cet effet du manque. Les extraits d'entretiens suivants permettent de comprendre comment les consommateurs de drogues gèrent les difficultés d'alimentation lors du sevrage hors du *milieu*.

« C'est dans le sang que la drogue se trouve, qu'est-ce qui nettoie le sang ? La bonne alimentation, c'est rien d'autre... si c'est nos milliardaires drogués là, les XX par exemple, ils vont en Europe, on leur lave bien le sang, des perfusions dans les cliniques, une bonne alimentation. Mais des gens comme moi, je mange du poñsé (pain trempé dans du lait) la nuit, au moins le lait là me permet d'aller aux toilettes au réveil, ça me lave l'organisme » (Mamebi).

« Mon frère s'occupait de la cuisine et il me demandait souvent ce dont j'avais envie et à ce moment je cherche dans ma tête la nourriture adaptée à ma situation parce que tu ne peux pas manger n'importe quoi. Ce n'est pas du riz que tu vas manger. Même boire de l'eau ça devient un problème non seulement elle passe difficilement dans ta gorge mais encore elle a un arrière-gout. Tu te dis que ce n'est pas l'eau que j'avais l'habitude de boire.

Généralement tu veux qu'on te serve des aliments sucrés. Du yaourt, des gâteaux et tout ça. Les premiers jours c'est ce que tu vas pouvoir manger. Il y avait des médicaments que je prenais comme l'alvityl et l'equanil. L'equanil c'est pour les douleurs musculaires et tout mais l'alvityl c'est des polyvitamines c'est comme du chocolat. Tu prends ça et tu croques » (Brama).

Le stockage des drogues consommées dans le sang revient fréquemment dans les propos des usagers de drogues qui pensent que la meilleure manière de rompre avec la consommation de drogues est de « vider tout le sang et de le remplacer par un sang neuf ». Les investigations permettent de lister un certain nombre d'aliments que les consommateurs de drogues en sevrage préfèrent consommer comme le lait, la viande, les fruits, les gâteaux, les bouillis. Chaque aliment est choisi pour une indication

déterminée ; la consommation de viande et de fruits permet, selon eux, d'avoir du sang neuf et de remplacer celui déjà contaminé par les drogues. Les gâteaux et les bouillies sont consommés dans le but de prendre du poids qu'ils disent avoir perdu à cause de la consommation de drogues.

Face à la difficulté de manger dans un contexte de sevrage (manque d'appétit, risque de vomissement et de nausées), certains produits sont utilisés comme substituts à l'alimentation. Il peut s'agir de médicaments comme dans le cas de Brama (qui a un profil particulier) mais aussi de produits plus accessibles comme les noix de cola ou le thé à la sénégalaise (thé vert de Chine servi à trois tours avec une moyenne de 45 minutes par service). Alioune dit à ce propos que : « je ne buvais que du thé, tout le temps car le fait de prendre du thé tue la faim, je ne voulais pas manger ».

9.6.5. La gestion du temps *long et vide*

La consommation de thé peut avoir deux fonctions dans les contextes de sevrage. Au-delà de sa consommation pour *tuer la faim*, il permet aussi, selon l'expression des personnes qui se sont exprimées, de *tuer le temps* qui leur paraît *long et vide*. Du coup, le thé est préparé plusieurs fois dans la journée et occupe une bonne partie de leur temps hors du *milieu*. Le temps *long et vide* est également géré par la consommation de cannabis qui permet, selon les UD, de *s'évader* un peu afin de ne pas trop penser à la *came* qui reste dans les pensées après que toutes les douleurs soient parties. La gestion du temps emploie aussi d'autres ressources comme le *café touba* décrit pour les personnes ayant recours à Ndindi. Dans ce cas aussi, le but recherché est de *tuer le temps* car la préparation est assez longue et se fait en plusieurs étapes.

Le temps du sevrage est un moment de consommation d'autres produits différents certes des drogues qui font l'objet du sevrage mais qui ont des effets psychiques et dont certains restent non élucidés quant à leur capacité de créer une dépendance. C'est le cas du café Touba qui est le plus souvent consommé avec un mélange de produits qui ne sont pas tous identifiés à part les clous de girofle et le poivre de Guinée.

9.7. La fin du séjour et le retour à la vie habituelle

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 la fin de la disponibilité des ressources financières et au désir de retrouver ses anciennes occupations (travail, art, etc.). Elle résulte enfin du désir de retrouver sa famille à qui le consommateur de drogue 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 est possible de sortir de la situation de toxicomane⁴². Enfin, le retour dans le milieu est important pour le consommateur lui-même car il lui permet d'abord d'exposer son nouveau statut aux pairs dans le milieu où son sevrage est mis en mot : « il a décroché », « il est beau », « il est costaud », « il est clair ». Ensuite ce retour dans le milieu lui permet de créer un rapprochement avec les produits (pour tester ses capacités de résistance) et parfois pour consommer une fois (pour voir si cela lui fera les mêmes effets).

Les circonstances du retour à la consommation sont diverses. La plus récurrente consiste à vouloir essayer *une fois seulement* pour voir si cela fera le même effet, auquel cas, l'UD se dit qu'il n'est pas resté assez de temps *hors du milieu*, car il y a encore de la drogue dans son organisme⁴³. Le retour à l'usage peut aussi être dû au fait que le consommateur entend qu'il y a une *came pure* qui circule et que cela lui donne envi d'en consommer sans souci des conséquences. L'extrait suivant est exemplaire à ce propos :

« De retour à Dakar, dans le milieu, il y en avait qui proposaient de bons deals, que tel ou tel avait de la bonne came, que ça pouvait tenir toute une journée et on a voulu en goûter (rire) et c'était reparti comme si on n'avait jamais décroché, parce qu'il en restait toujours dans notre sang » (Suelo).

⁴² Entrent dans cette catégorie les consommateurs de drogues pour qui leurs famille les ont plusieurs fois soutenu pour sortir de leur situation en vain et se sont lassé en disant que c'est lui-même qui veut pas s'en sortir.

⁴³ Au fur et à mesure qu'un consommateur effectue le voyage hors du milieu, il augmente la durée de son séjour, espérant atteindre la durée suffisante pour nettoyer entièrement les drogues de son organisme.

Un autre facteur qui peut aussi expliquer le retour à la consommation est l'entrée dans le trafic comme dans le cas d'Alioune dans l'extrait d'entretien suivant :

« Un jour, je suis tombé par chance sur un gosse qui avait une grande quantité d'héroïne. Je le voyais traîner dans le quartier, il n'avait pas l'air d'un vendeur de drogues, je me suis approché de lui et nous avons discuté. C'est par la suite qu'il m'a expliqué qu'il cherchait un gars comme moi pour vendre de la drogue. Nous nous sommes donné rendez-vous le lendemain tôt le matin, il est venu avec une grande quantité. Le drame c'est que j'ai voulu essayer pour voir si c'est l'original ou bien. Ainsi, j'ai repris à consommer. Ce gosse m'a fait gagner beaucoup d'argent, mais il m'a fait reprendre » (Alioune).

Dans leurs familles, selon les UD ayant expérimenté le voyage, il y a toujours un climat de méfiance et de surveillance qui prévaut après le sevrage, car la famille voit les mêmes attitudes (*nervosité, brutalité*). Elle se pose des questions : « est-ce qu'il ne va pas faire ceci ? Est ce qu'il ne va pas faire cela ? ». Brama explique que dans la famille, il sent, après son sevrage, que chacun de ses mouvements, chacun de ses actes est contrôlé. À force de manifester cette méfiance parfois de manière inconsciente, comme le dit Brama, la famille pousse le consommateur de drogues vers la porte parce qu'il s'y sent marginalisé.

« Tu sens qu'il y a une chose qui s'est définitivement cassée. On ne l'exprime pas de façon ouverte mais des attitudes, des regards, certains petits mots lancés à la cantonade et tout ça que tu entends et tout ça. Parfois tu captes un regard bizarre et pour échapper à tout cela le matin tu sors » (Brama).

L'UD rentré de son voyage pour sevrage se trouve entre deux situations ; d'une part il y a la famille qui observe encore ses attitudes ; d'autre part l'environnement de consommation qui reste ouvert et toujours prêt à l'accueillir. Chez les UD interrogés, le retour à la consommation est perçu comme l'effet combiné de ces deux facteurs en plus du désœuvrement.

Conclusion : du sevrage définitif au repos

« À chaque fois que je suis fatiguée de la chose, même si je ne suis pas prête pour arrêter, si je suis vraiment fatiguée et que je veuille faire une cure, me reposer, je vais à Touba pour être loin de Dakar. J'y vais plus pour me reposer que pour arrêter complètement. Je n'étais pas prête à arrêter complètement...(Zara).

Parce qu'il est « impossible de sortir de la dépendance » ou parce qu'ils « n'étaient pas prêts pour le sevrage définitif », le voyage hors du milieu est finalement considéré comme un moment de repos. Ces ruptures sont importantes pour autant qu'elles leurs permettent de « rester encore en vie » plutôt que de se laisser mourir par un excès répété de consommation. Le voyage permet de régénérer son organisme, de se reposer de la quête de dose qui est épuisant, énervant et à risque, de repenser sa vie et se faire des projets d'avenir.

CHAPITRE 10

DU RAPPORT À LA JUSTICE AU SEVRAGE PAR INCARCÉRATION VOLONTAIRE

Introduction

Le présent chapitre sur le sevrage par incarcération volontaire est la troisième d'une série de chapitre sur les mobilisations individuelles des usagers de drogues (UD) à Dakar. Il décrit la pratique la moins fréquente et la plus controversé dans l'environnement des UD. Les données utilisées dans ce chapitre sont issues des enquêtes de terrain menées en 2013 à Dakar auprès d'une dizaine de consommateurs de drogues.

Le sevrage par incarcération volontaire est une pratique qui emploie l'enfermement forcé en prison pour une courte durée de peine dans le but de produire un résultat qui serait l'arrêt de la consommation de drogues. Le recours à la prison fait émerger une fonction sous-jacente et ancienne de cette institution qui est « la normalisation des individus » (Foucault 1975). Mais son *modus operandi* de par le recours volontaire en fait la spécificité chez les usagers de drogues à Dakar.

Les données qui servent de base à la description du sevrage par incarcération volontaire ont été collectées auprès de :

- Alioune, homme âgé de 57 qui a été incarcéré plusieurs fois en France et au Sénégal pour trafic et pour détention d'héroïne et de cocaïne ;
- Zale, homme âgé de 34 ans qui a été incarcéré à deux reprises pour vol et détention d'héroïne à Dakar.
- Petit, homme âgé de 33 ans qui a été incarcéré deux fois pour vol à Dakar.
- Assane, homme âgé de 55 ans qui a été incarcéré une fois pour détention d'héroïne à Dakar.

- Suélo, homme âgé de 45 ans qui a été incarcéré une fois pour détention de d'héroïne à Dakar.
- Aïcha, femme âgée de 47 ans qui a été arrêté une fois pour consommation d'héroïne à Dakar.

10.1. La prison : des origines aux usages multiples

La prison, comme l'écrit Foucault, est moins récente qu'on ne le dit lorsqu'on la fait naître avec les nouveaux codes ; la forme-prison préexiste à son utilisation systématique dans les lois pénales. Elle s'est constituée à l'extérieur de l'appareil judiciaire, quand se sont élaborées, à travers le corps social, les procédures pour répartir les individus, les fixer et les distribuer spécialement, les classer, tirer d'eux le maximum de temps, et le maximum de force, dresser leur corps, coder leur comportement continu, les maintenir dans une visibilité sans lacune, former autour d'eux tout un appareil d'observation, d'enregistrement et de notations, constituer sur eux un savoir qui s'accumule et se centralise. (Michel Foucault, 1975 : 267).

La prison est la forme moderne de la punition qui remplace ou s'ajoute à des formes de sanctions lui préexistant, la plupart du temps jugées *sauvages*. L'historiographie de la prison en Europe où elle est née rapporte qu'elle a émergé suite à des contestations des formes *barbares* de la punition qui prenait la forme d'une cérémonie où le public assiste et observe l'exécution des condamnés. Dans son ouvrage intitulé *Surveiller et punir*, Foucault montre comment la manifestation de la norme dans la punition est passée du domaine public (où le criminel est exécuté devant le peuple de manière atroce⁴⁴) aux

⁴⁴ Foucault décrit au début de son ouvrage le supplice de Damien condamné, le 2 Mars 1757, « à faire amende honorable devant la principale porte de l'Église de Paris ». (Foucault, 1975 : 9)

exécutions cachées par le secret des murs⁴⁵. La peine qui prenait une forme cérémoniale a été critiquée « et tout ce qu'elle pouvait emporter de spectacle se trouvera désormais affecté d'un indice négatif ; comme si les fonctions de la cérémonie pénale cessaient, progressivement, d'être comprises. On soupçonnait ce rite qui concluait le crime d'entretenir avec lui de louche parenté : de l'égaliser, sinon de le dépasser en sauvagerie, d'accoutumer les spectateurs à une férocité dont on voulait les détourner, de leur montrer les fréquences des crimes, de faire ressembler le bourreau à un criminel, les juges à des meurtriers, d'inverser au dernier moment les rôles, de faire du supplicié un objet de pitié ou d'admiration ».

La naissance de la prison dans les lois pénales remonte au XIXe siècle où elle fut instituée comme une peine sanctionnant la délinquance alors qu'avant, elle ne servait que de tremplin dans l'attente de la vraie peine (supplice, exécution ou bannissement). Aujourd'hui, comme le montre Foucault, au-delà de sa fonction simple la « privation de la liberté (...) la prison se fonde aussi sur son rôle supposé ou exigé, d'appareil à transformer les individus ». Ce double fondement technico-disciplinaire fait de la prison « une entreprise de modification des individus que la privation permet de faire fonctionner dans le système légal ». Guérir ou punir ? Se demandera Antoine Garapon qui écrit qu'il semble bien difficile de sortir de l'alternative, et que l'opposition semble à la fois fautive et nocive. Fausse tout d'abord, parce qu'il y a belle lurette qu'une répression « pure », c'est-à-dire sans aucune perspective de réinsertion, n'existe plus. Encore moins depuis la suppression de la peine de mort qui, symboliquement, donne à toute peine l'horizon d'un retour à la société. Ensuite, il n'y a pas d'aide qui ne passe pas par un moment contraignant, qui ne s'appuie pas sur un rappel de l'interdit (Garapon, 1996 : 123).

⁴⁵ « La punition tendra donc à devenir la part la plus cachée du processus pénal. Ce qui entraîne plusieurs conséquences : elle quitte le domaine de la perception quasi quotidienne pour entrer dans celui de la conscience abstraite ; son efficacité, on la demande à sa fatalité, non à son intensité visible ; la certitude d'être puni, c'est cela, et non plus l'abominable théâtre, qui doit détourner du crime ; la mécanique exemplaire de la punition change ses rouages » (Foucault, 1975 : 16).

10.2. La prison au Sénégal

Au Sénégal, comme le décrit Ibrahima Thioub, la prison a été l'une des innovations majeures introduites dans les systèmes pénaux des sociétés africaines par la colonisation. Au Sénégal comme ailleurs en Afrique, l'institution carcérale qui avait donné les preuves de son efficacité redoutable dans les pays d'Europe s'incorpora dans le dispositif de répression des comportements capables de remettre en cause la domination politique et la réalisation des objectifs d'exploitation économique du pouvoir colonial. Au Sénégal, elle fut d'abord expérimentée dans les villes de Saint-Louis et de Gorée, dès avant le déclenchement de l'expansion territoriale de la fin du XIXe siècle (Thioub, 1999 : 65-66). À ses débuts il s'agissait plutôt d'emprisonnements de proximité, souvent limités à quelques jours, et qui étaient le fait d'une administration pragmatique, peu nombreuse et très consciente de la fragilité de son emprise (Thioub, 1999 : 8).

Les travaux consacrés à l'institution carcérale ont montré que dans le contexte colonial, la prison, issue du système pénal européen, acquiert de nouvelles dimensions et significations. La prison fut un outil particulièrement disponible et présent dans tous les espaces sous le contrôle colonial. À ses origines, sa fonction centrale n'a pas été de punir les personnes auteurs d'une violation de la loi édictée par les pouvoirs publics ; elle a fonctionné comme un instrument de poursuite des guerres de conquête coloniale, visant à mettre un terme aux velléités de résistances des élites autochtones vaincues. Dans une seconde phase, avec la consolidation du régime colonial, les pouvoirs publics lui ont conféré la fonction de pourvoyeuse de main d'œuvre à bon marché (Thioub, 1999).

Avec l'essor de l'urbanisation et l'émergence de nouveaux citoyens dont les comportements et pratiques ne sont pas toujours conformes à la norme édictée par les autorités gouvernementales et municipales, la prison entre à nouveau en jeu comme outil de contrôle des marges et de tous les acteurs considérés par le pouvoir colonial comme perturbateur de l'ordre établi : leaders des syndicats, des partis politiques et du mouvement associatif, dans le sillage du nationalisme (Thioub, 1999). Cet héritage

colonial marque encore de nos jours les prisons qui ont entre autre fonction l'écartement des perturbateurs du régime en place. La prison devient un sujet important dans la presse nationale faisant fi de l'autre population carcérale, les anonymes, au profit des VIP en prison, et qui pourtant sont les plus nombreux et parmi lesquels on retrouve les usagers de drogues.

10.3. Le rapport à la justice chez les consommateurs de drogues à Dakar

La prison fait partie intégrante de l'environnement des consommateurs de drogues et se manifeste à Dakar dans les discours et pratiques des UD. Dans les propos, plusieurs termes et expressions font référence à la justice et à la prison tels que :

Daanu⁴⁶ (mot wolof), traduction littérale : tomber ; sens dans le *milieu* : être interpellé.

Daanel⁴⁷, **wace**⁴⁸ (mot wolof), traduction littérale : faire tomber ; sens dans le *milieu* : dénoncer, balancer (un dealer)

Dipot : terme utilisé dans le *milieu* pour dire « reconduction à la frontière après jugement à l'étranger ».

Coy⁴⁹ : policiers (terme plus populaire)

Lam⁵⁰ (mot wolof), traduction littérale : bracelet ; sens dans le *milieu* : menottes.

Samp nul⁵¹ : expression utilisé pour dire « avouer qu'on est consommateur et non dealer en cas de jugement pour trafic ».

⁴⁶ Lire *danou*

⁴⁷ Lire *danelle*

⁴⁸ Lire *watié*

⁴⁹ Lire *thioille*

⁵⁰ Lire *lame*

⁵¹ Lire *sampe nul*

Taxaw⁵² (mot wolof), traduction littérale : se mettre debout ; sens dans le *milieu* : se tenir à la barre des accusés.

Tëdd⁵³ (mot wolof), traduction littérale : se coucher ; sens dans le *milieu* : emprisonné

Mbam⁵⁴ (mot wolof), traduction littérale : âne ; sens dans le *milieu* : prison

Jail : terme anglais employé aussi pour dire prison.

Dans la pratique, les descentes de la police sur le terrain sont fréquentes et les interpellations sont liées à plusieurs causes. Le parcours d'Alioune depuis ses débuts avec les drogues donne l'image, certes singulier, mais assez révélateur du rapport des UD à la justice.

10.4. Le cas Alioune : l'image de la récurrence des incarcérations dans le *junkya*

Qui est Alioune : pour rappel, Alioune est un homme âgé de 57 ans. Il a commencé à consommer l'héroïne à l'âge de 27 ans ; il était injecteur au moment de l'enquête. Il était veuf d'une femme espagnole qu'il avait épousée lors de son séjour en Espagne où il s'est rendu clandestinement à bord d'un bateau, le Masilia, à l'âge de 19 ans. Il n'avait aucun enfant, résidait dans la famille de ses parents à Dakar dans une chambre isolée et était sans occupation et passait tout son temps à faire du *njublang*. Il est décédé en 2014 suite à une overdose selon des proches consommateurs de drogues.

⁵² Lire *takhaw*

⁵³ Lire *teudeu*

⁵⁴ Lire *mbame*

10.4.1. Un début de consommation à cause de l’incarcération de sa femme

En Espagne, Alioune s’est lancé dans le trafic de drogues pour avoir de l’*argent facilement*. Il résista à plusieurs incitations à en consommer par un de ses amis qui venait acheter et consommer chez lui. Un jour, sa femme espagnole a été arrêtée pour détention de 50 grammes de haschich et a été emprisonnée. Cette situation a créé des troubles chez ABG qui finit par céder à la dernière tentation de son ami. Il devient dealer et usager de drogue entre l’Espagne et la France où il sera emprisonné plusieurs fois.

10.4.2. Une rechute en prison

En France, Alioune avait réussi à se sevrer pour se livrer au trafic seulement. Il a repris sa consommation d’héroïne à cause d’un emprisonnement de 6 mois. A l’intérieur de la prison, il avait un ami à qui sa femme apportait du hachich et de l’héroïne qu’il partageait avec Alioune.

10.4.3. Son retour au Sénégal par *dipot*

Dipot est le terme utilisé dans le milieu pour décrire la sentence judiciaire qui consiste à expulser un délinquant d’Europe suite à un acte hors norme. Alioune est rentré au Sénégal en 1990 à cause de ses nombreux problèmes liés au trafic de drogues dont le dernier lui a valu un emprisonnement de deux ans avec reconduite à la frontière et interdiction définitive d’entrer sur le territoire français.

10.4.4. La quête de sevrage au Sénégal

Il rentre à Dakar et réside dans un quartier de consommation de drogues à ciel ouvert. Il y rencontre d’anciens amis avec qui il était en Europe et découvre le *tracé* local. Il mène une vie rythmée par la consommation d’héroïne faisant de lui un chercheur perpétuel de moyens pour financer ses doses quotidiennes. Ses stratégies (arnaques, mensonges, vols, etc.) ne marchent pas tout le temps et le conduit souvent à décider de rompre avec sa

consommation. Il a plusieurs fois été en structure psychiatrique, où il déplore le traitement qui l'assimile aux malades mentaux, et a également tenté le voyage hors du milieu à Thiès pour se sevrer. Alioune les juge inefficace et emploie une autre méthode qui consiste à se faire incarcérer pour le sevrage.

10.4.5. Le sevrage par incarcération volontaire

Le sevrage par incarcération volontaire qui est une pratique qui consiste à faire 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 pour voler une radio cassette, 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.

E : (Rires)

R : c'est rigolo ?

E : C'est très intéressant.

R : 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 3 mois » (Alioune).

Cet extrait d'entretien avec Alioune décrit une pratique de sevrage par incarcération volontaire qui fera l'objet de commentaires plus loin après la description du rapport entre les consommateurs de drogues et la justice à Dakar.

10.5. Des interpellations à facette multiple

En 2011, l'enquête UDSEN montre que sur la période de douze mois avant l'enquête, 49,8% des usagers avaient été arrêtés et que 61,9% ont été au moins une fois incarcérés dans leur vie. Plus, une proportion d'UD a plusieurs fois été interpellés sans suite (arrestation ou incarcération) que les données quantitatives de l'enquête UDSEN ne rapportent pas mais qui sont une réalité observée sur le terrain. Les interpellations sont liées aux drogues soit directement comme dans le cas où ils sont interpellés pour trafic

ou détention de drogues, soit indirectement comme dans le cas du *job* ou du travail de sexe spécifique aux femmes usagères. Ces raisons d'interpellation, les plus connues et décrites dans la littérature en matière de consommations de drogues, en cachent une autre qui peut émaner de la propre volonté des usagers de drogues à se faire incarcérer.

10.5.1. Les interpellations liées à la détention, la consommation et le trafic

Les interpellations pour détention de drogues demeurent sans conteste les plus fréquentes. Ce type d'interpellation se déroule le plus souvent dans le *tracé* fixe bien connu des *coy* et dans les rues des zones de consommation « à ciel ouvert » comme la Médina, Grand Yoff, grand Dakar, Ceras. Ces interpellations sont souvent sans suite car l'UD n'est pas conduit au commissariat, s'il accepte de *faire tomber* son dealer. Les UD pensent que les *coy* ont plutôt besoin des dealers que des simples consommateurs. En cas d'interpellation pour usage, deux situations se présentent où le consommateur accepte de *descendre* son dealer et de partir libre ou de *garder sa loyauté au milieu* et de se laisser embarquer. Cette dernière option apparaît dans l'extrait suivant avec Aïcha :

E : donc toi, tu n'as jamais été emmenée ?

R : si bien sûre

E : mais ce n'était pas cette fois-là ?

R : non, c'était un jour où la DIC, m'a emmené, c'était chez moi, et ce sont mes frères qui vendaient de la drogue là-bas, j'ai pris 8 jours

E : comment s'est passée ton arrestation, pour que tu finisses là-bas ?

R : ce sont les policiers qui ont débarqué,

E : c'est toi qu'ils cherchaient ?

R : non, mes frères qui sont maintenant en Europe qui en vendaient là-bas, ils ont en même temps pris ma petite sœur qui était innocente et qui venait juste prendre l'argent de la location. C'était un 15 aout sous une forte pluie, on nous a pris, mes frères se sont échappés, pourtant durant cette période je ne fumais pas trop, ma petite sœur a été relâchée, moi déférée, car je détenais de la came et j'ai rien dit aux policiers sur son origine (Aïcha).

Le fait de garder sa *loyauté au milieu* est une stratégie employée pour ne pas se faire étiqueter de consommateur de drogues par les *coy* et d'être l'objet de fouille récurrente. Il ne s'agit pas seulement d'une loyauté envers *le junkya* mais aussi envers soi-même pour bénéficier d'une marge de manœuvre dans un environnement à risque

d'interpellation policières élevé.

Dans d'autres cas, le consommateur de drogues préfère faire *descendre* le dealer qui peut être une stratégie doublement bénéfique comme cela apparaît dans l'extrait suivant avec Suélo :

« E : parle-moi un peu de tes relations avec les policiers ?

R : non, on ne les croise que de temps en temps, ils nous palpent et prennent tout ce qu'ils trouvent alors tu vends le dealer ou t'es emprisonné. Quand ils nous attrapent on tache de les corrompre ou bien on fait tomber le dealer et on partage les gains, c'est comme ça,

E : et ils te disent quoi quand ils te prennent ?

R : ils te disent de dire le dealer qui t'a vendu le produit, sinon ils te déferrent et quand ils ont le dealer, ils te relâchent et te donnent de l'argent quand le dealer paye.

E : et après le dealer fait quoi quand il sait que tu l'as vendu ?

R : ça devient un règlement de compte » (Suélo).

Cette attitude assez complexe et fréquente dans le milieu est expliquée dans la discussion entre trois consommateurs de drogues à la médina en mars 2013, durant nos observations dans le *milieu*.

Encadré 1 : notes de terrain, mars 2013

UD1 : Mais le grand X, il est rare, est-ce qu'il n'a pas décroché ?

UD2 : non, il a fui, il n'ose plus revenir ici, il a vendu Y (le dealer de la rue où nous nous trouvions).

UD1 : non ! Mais pourquoi a-t-il fait ça ?

UD2 : je ne sais pas, c'est un grand comme ça, il est trop faible et cède toujours devant son sickness, tout le monde lui en veut. Il fréquente plus le tracé de la Médina, il sait que le dealer a compris que c'est lui qui l'a vendu.

Observateur : qu'est ce qui s'est passé ?

UD3 : c'est un truc fréquent dans le milieu. Le milieu est trop complexe, moi je ne le juge pas mais c'est que le sickness est insupportable parfois, surtout quand tu n'as plus de solution. Tu peux même voler le gaz de ta maman alors qu'elle cuisine avec, pour aller le vendre pour ta dose. Y a fait un deal avec les coy quand il les a vus trimballer dans le secteur. Il est parti vers eux leur demander de l'argent pour acheter sa dose et que eux, après vont prendre le dealer pour lui demander des sous. Il les précède chez le dealer, achète sa dose, se met à se préparer pour consommer tout en attendant que les coy arrivent pour fouiller. Ils prendront le dealer qui va les corrompre et lui il s'en va libre, consommer sa dose. Mais après, tu regrettes de l'avoir fait. Le sickness est dur.

Le bénéfice premier de la *descente* du dealer réside en l'auto-protection par le consommateur de drogue qui est interpellé qui, en commettant tel acte, est sûr de ne pas être arrêté. Plus, il peut consister en un moyen de gagner de l'argent mais avec un risque que le dealer découvre l'auteur de sa *descente*.

Le fait de faire *descendre* un dealer consiste en un jeu de pouvoir/contre-pouvoir entre usagers et dealer, dans le cas où, l'usager furieux contre le dealer qui le menace ou l'insulte quand il n'a pas assez de sous pour payer sa dose, décide de le *faire descendre* et perdre des sous. Comme pour dire au dealer qu'il paiera mille fois plus cher que le complément qu'il lui a refusé quand il lui manquait des pièces pour avoir sa dose. À l'opposé, pour gérer ce risque de se *faire descendre* par un consommateur, certains dealers imposent que son produit soit consommé sur place. C'est ainsi que beaucoup de maisons de dealer sont des lieux de consommation en groupe. Les seuls pour qui les dealers acceptent de laisser partir avec leurs doses sont ceux ayant déjà fait preuve de *loyauté au tracé* et qui ont réussi à gagner leur confiance. L'autre stratégie employée par d'autres dealers consiste à vendre en stratégie mobile en se déplaçant plusieurs fois dans plusieurs lieux.

Les arrestations sont plus fréquentes pour les personnes soupçonnées ou reconnues d'être dealer. L'extrait d'entretien suivant avec Assane en est révélateur :

« J'ai écopé de 3 mois. Un gars, qui d'ailleurs se trouve toujours en prison, on achetait la drogue ensemble et on la fumait dans ma chambre, un jour je suis allé en acheter et je lui ai donné sa part, j'ai cru qu'il l'avait fumé mais, en fait il l'avait caché, il m'a vendu à la police qui a débarqué et m'a accusé d'en vendre, ce que j'ai nié ; ils ont voulu me forcer la main, j'ai refusé et j'ai finalement écopé de 3 mois » (Assane).

Assane est connu pour être simple usager. Dans le cas où une personne dans le milieu est interpellée pour deal, il y a également deux cas de figure qui se présentent. Le premier qui est le cas d'Assane est celui où le dealer ou le supposé dealer nie tous les faits qui lui sont reprochés et, pour le coup, se fait arrêter avec la preuve selon laquelle, son produit a été retrouvé chez un usager de drogue qui le leur a indiqué. Dans le second cas, le dealer peut accepter les faits et proposer de gérer discrètement la situation en proposant une somme aux *coy* qui, dans la plupart du temps, acceptent. Selon les ex-

dealers rencontrés, les *coy* sont plus intéressés par les sous que par l'arrestation du dealer.

Dans les cas où le dealer est arrêté, sa sentence dépendra de sa capacité à négocier son statut dans le milieu des drogues. Une des stratégies assez fréquente est le « *samp nul* » qui consiste à avouer, à la barre, la consommation de drogues et à nier le trafic. La métaphore du « match nul » est expliqué comme suit : d'une part l'usager accepte son statut de consommateur et concède la vérité à la justice (« vous avez raison, je suis consommateur », d'autre part il refuse d'être trafiquant (« vous avez tort, je ne suis pas trafiquant ») ; d'où le terme de « *samp nul* » qui exprime le juste milieu plus « approprié » dans cette situation où la peine sera moins lourde selon les UD. Cette stratégie ne peut être employée que par un usager soupçonné ou arrêté en possession d'une petite quantité de drogues. Dans ce dernier cas, la personne arrêtée argumente son *samp nul* en demandant la clémence de la cours car « il a un contrat de travail et qu'il a besoin de sortir de sa consommation ; raison pour laquelle il a acheté une grande quantité qu'il va consommer hors de Dakar pour son sevrage ».

Les interpellations pour usage ou trafic de drogues sont plus complexe qu'on ne le pense avec l'idée selon laquelle, les usagers sont arrêtés parce qu'ils utilisent un produit illicite ou que les dealers finissent inéluctablement en prison. Des jeux de pouvoir et des stratégies sont mobilisés dans le milieu pour faire face à la menace induite par les produits jugés illicite qu'ils utilisent. Trois catégories d'acteurs interviennent dans ce jeu que sont les usagers, les dealers et les *coy*. La scène d'une interpellation de masse décrit par Aïcha est illustrative :

Ce jour-là, j'avais très mal et je fumais dans la chambre, il y en avait plein d'autres qui étaient dans la maison, ils fumaient de le xer (crack), et moi je fumais tranquillement mon brown (héroïne) quand, quelqu'un a frappé à la porte et est entré. Je lui ai dit de fermer derrière lui, mais il ne m'écoutait pas, j'étais trop occupé à fumer mon joins quand tout à coup, les policiers sont entrés en masse dans la maison. J'ai très vite compris que c'était eux, alors j'ai écrasé le joins et je l'ai jeté, l'un d'entre eux m'a vu. Il a tout suite demandé ce que j'avais jeté et pour l'intimider, je lui ai crié que je n'avais rien jeté, mais il ne m'a pas cru et il est parti le ramasser. Les autres avaient fumé le xer, moi j'ai dit au coy qu'il n'avait rien trouvé sur moi, que je fumais une cigarette et que je l'avais éteinte dès qu'ils étaient arrivés. Le dealer avait peur que je déballe tout,

mais je suis restée campée sur ma position. Les autres ont été pris en flagrant délit et moi non, ils fumaient à tour de rôle, ils utilisaient le même truc.

E : quel truc ?

R : une pipe qui leur servait à fumer le xer, ils ont été pris en flagrant délit et moi j'ai pris le risque de jeter le joins, le policier m'a fatigué. Il a dit que j'avais jeté le joins et moi je niais tout en bloc, ils étaient 4 policiers, alors l'un a dit que je puais la cigarette et j'ai répliqué qu'effectivement je fumais une cigarette, il a dit que non, j'avais jeté une canardo

E : quoi ?

R : canardo, c'est un joins

E : c'est ça une canardo

R : oui, ils ont voulu m'intimider, et ils ont dit qu'il fallait me mettre les *lam*

E : c'est quoi *lam* ?

R : les menottes, mais, j'ai refusé, j'ai dit qu'ils n'avaient rien contre moi, ils ont crié dans tous les sens, et m'ont demandé le vendeur, le dealer avait très peur que je le dénonce, ils nous ont mené à la voiture, et moi je faisais la grande gueule, donc, le dealer était tout content que je ne le dénonce pas. Une fois là-bas, le « grand » dealer est arrivé, il était le patron de notre vendeur, c'était juste une affaire d'argent, les policiers attendaient juste qu'on les corrompt, quand ça a été fait, ils ont relâché les hommes, ils ont reçu 250 milles.

E : les policiers ?

R : oui, le grand dealer leur a remis ça, ensuite quand tout fut terminé, les policiers ont voulu rendre à chacun ce qui lui appartenait, les hommes ont repris leurs *xer* et à moi ils ont voulu rendre le joins mais, j'ai dit que ça ne m'appartenait pas. Je suis restée campée sur cette position, ils sont repartis ; là, le patron a sermonné les hommes là, il leur a dit que ce n'était que des vaut rien comparés à moi, une femme, qui avait tenu tête eux policiers. Moi, j'étais *sick* et je n'avais eu que ces 3 milles pour m'acheter mon joins, je l'ai dit au patron, et mon vendeur a dit que c'était S qui n'avait pas refermé derrière lui et que moi je lui avais dit de refermer, ils ont tellement été content, qu'ils m'ont offert 3 parts d'héroïne et un *xer*. Je suis partie les fumer dans la chambre d'un autre gars à côté.

Cette scène met en lumière plusieurs aspects concernant la consommation, le trafic et les interpellations qui font intervenir trois groupes d'acteurs, les consommateurs, les dealers et les policiers. Sur la consommation, la scène décrit comment la maison du dealer peut être une maison de consommation où les UD se retrouvent et partagent du matériel de consommation. Sur l'interpellation, le récit montre que les policiers ne se sont pas intéressés aux consommateurs pourtant pris en flagrant délit, mais qu'ils ont cherché à faire *descendre* le dealer en passant par la personne qu'ils pensent appropriée. Enfin, pour se protéger contre une arrestation que les enquêtes auraient rendue possible,

le dealer qui a vendu le produit avise son supérieur hiérarchique pour régler la situation.

10.5.2. Les interpellations connexes à la consommation de drogues

Les termes *job*, *waar*, *lijanti faju*⁵⁵, sont utilisés dans le *milieu* pour signifier diverses stratégies mis en œuvre pour trouver des moyens de financement de leur consommation au quotidien par les UD. Les plus récurrentes de ces *job* sont le vol et le pick pocket pour les plus jeunes ; le mensonge, la quémande pour les plus âgés. Certains préfèrent exercer de petits boulot, loin des *waar* à risque (éboueurs, marchands ambulants, apprenti chauffeur dans les transports en commun, etc.). Deux cas seront présentés pour illustrer les pratiques de *job* à risque ; il s'agit de Petit et de Suélo.

Petit est un jeune soudeur métallique âgé de 33 ans qui a étudié jusqu'en classe de CE1, marié et père de deux enfants. Il a commencé à sniffer l'héroïne en 2000. Il raconte qu'il a été arrêté et incarcéré à deux reprises. Pour la première, il volait les biens d'une personne qui l'a vu, reconnu et dénoncé à la police, il fut incarcéré pendant deux mois. La deuxième fois, dit-il, « c'était dans notre quartier, des commerçants se battaient et avaient fait tomber un *gouf*⁵⁶ je m'en suis saisi et j'ai fait le partage avec des copains ils étaient au nombre de cinq une vieille m'a vue et m'a dénoncé on a déposé une plainte contre et on nous a tous attrapé par la suite on nous a mis en prison ».

Suélo est un musicien âgé de 45 ans qui a arrêté ses études en classe de 6^{ème}, divorcé et père d'une fille et d'un garçon. Il a une expérience de 10 ans avec le *xer* et l'héroïne qu'il consomme par sniff. Il vit avec sa maman, ses frères consommateurs de drogues aussi, ses sœurs, ses enfants, ses neveux et nièces. Sa dépendance aux drogues est connue de toute la famille. L'extrait suivant décrit comment il fait son *job* à risque.

Je pars trouver un taximan à qui je fais croire que j'ai des clients *toubab* (blancs) à l'hôtel qui veulent fumer mais ils avaient donné 50000 frs à un gars qui les a roulés. Après ils ont dits qu'ils ne donneront plus d'argent à qui que ce

⁵⁵ Les termes signifient respectivement, travailler (anglais), travailler (wolof), régler sa dose (wolof).

⁵⁶ Sac contenant de l'argent.

soit tant qu'il n'amène pas d'abord la drogue⁵⁷. Et moi je n'ai pas d'argent et cela coutent 5000 frs, c'est-à-dire *xer bi* quoi. Maintenant on fait tout et après on leurs dits que l'affaire c'est à 10000 frs, donc tu y gagnes et moi aussi, déjà ta course c'est 1500, maintenant on le fait à 3000. Quand il me donne j'entre dans une maison, je ressors, je prends un truc au hasard et je reviens lui dire que ça y est, quand on arrivera à l'hôtel je le donne au *toubab*, je ne descends même pas de la voiture, ce sera vite fait. Après je l'amène jusque devant notre maison et je descends je vais voir ma maman et lui dit, je n'ai pas payé le taximan et j'ai acheté de la drogue avec son argent et il veut m'amener à la police, et la maman va payer. Voilà ce sont des deal comme ça » (Suélo).

Les différentes stratégies utilisées par les consommateurs de drogues servent à financer d'abord leurs doses de *came* mais aussi à prendre en charge d'autres besoins liés à leur famille, pour ceux qui ont des femmes et des enfants, à leur alimentation, etc. qui cependant ne sont pas leurs priorités. Dans les familles, cela crée le problème du manque d'assistance et de présence qui sont souvent à la base des ruptures (divorce, exclusion). Pendant les périodes qui font suite au sevrage par exemple, les consommateurs de drogues apprécient leur possibilité de consacrer entièrement leur argent à leur besoin et à ceux de leur famille mais les modes de financement restent les mêmes (*job*) pour des personnes rompu à la tâche et parfois sans expérience dans d'autres domaines. Ils sont ainsi en perpétuel risque d'interpellation par la police soit parce qu'il cherche *illicitement* de quoi financer leur doses, soit parce qu'après leur expérience dans le milieu, le *job* reste leurs seuls moyens efficaces de se financer.

Les investigations dans le milieu rapportent que chez les femmes, le *job* prend une forme assez commune qui est le *genë*⁵⁸. Le terme wolof qui signifie « sortir » est utilisé dans le milieu par euphémisme pour traduire le travail du sexe, principale stratégie des femmes pour financer leur consommation. Dans ce travail de sexe où le but est de trouver l'argent pour financer ses doses de drogues, la technique ne consiste pas seulement à échanger du sexe contre de l'argent mais il arrive des fois que la femme consommatrice de drogues, qui n'a aucune envie de rapports sexuelles, fasse recours à

⁵⁷ Pour ne pas se soumettre au risque d'être interpellé par des policiers ou par principe morale, dit Suélo, beaucoup de taximan refusent, mais il préfère leur dire comme ça pour gagner la confiance du taximan qui accepterait car, dit-il quand tu parles de drogues les gens pensent que c'est une affaire de *toubab*.

⁵⁸ Lire « guéneu ».

d'autres techniques. Deux situations avec Aïcha seront décrites pour illustrer des techniques connexes à la profession du sexe.

Situation 1 : « on rencontre un mec dans un bar et il a envie d'avoir des rapports sexuels... J'emporte avec moi des télésta⁵⁹, et on en met un peu dans sa consommation. Après on marchande et on se met d'accord mais à cet instant-là, on a pas envie d'avoir des rapports sexuels avec lui, alors on est pressé que la substance fasse effet, on essaie de gagner du temps, on commande à boire on sirote un verre, et on le fait boire parce que lui, ce qui l'arrange à ce moment-là c'est la bière alors que moi, c'est l'argent pour avoir de quoi payer ma dose. Quand il demande à ce qu'on y aille, on fait semblant d'avoir besoin d'une cigarette et quand il tourne le dos, on met de la drogue dans son verre ; il arrive qu'on lui vole son argent dans la loge où on est, parce qu'il est saoul et qu'il n'y prête pas attention, parfois on le lui vole et on le laisse endormi là-bas. (...) Quand les gens me voient en train de le palper, ils se disent qu'on est un couple, ils ne pensent pas que je suis en train de lui piquer son argent, *ma job ko* (je l'escroque), parfois, j'ai jusqu'à 100 ou 150 mille, des portables, j'en revendais d'ailleurs ».

Situation 2 : « à n'importe quelle heure je suis prête à le faire parce qu'à ces instants je suis *sick* et j'ai besoin de l'argent pour *faju* (prendre ma dose). Quand on n'a pas d'endroit ou que le client n'a pas de voiture, je lui propose un lieu. En générale, je lui dis que j'ai un frère tout près, mais, à la condition qu'il lui donne 2000 et qu'il me remette 5000 parce qu'à l'hôtel, il aurait payé 5000, c'est mon repère pour truander. Je connais bien les lieux. Une fois à la porte, je lui demande de me remettre les 7000, une fois qu'on entre je fais signe à mes amis, en plus il y a plein de gens dans la maison alors, il est un peu mal à l'aise. Dès que le gars commence, mon ami arrive et lui cri dessus, il l'intimide, si le gars réplique qu'il a payé pour ça, mon ami lui file des claques et lui dit que je ne suis pas une prostituée, après je lui file 1000 frs J'ai vécu tous ces trucs-là ».

Le travail du sexe parfois associé à d'autres stratégies pour financer leur consommation, expose doublement les femmes au risque de contentieux juridique. Cette profession,

⁵⁹ Employé pour témesta, benzodiazépine de la famille des anxiolytiques.

selon Aïcha est à l'origine de ses problèmes avec la police. « Ils me fatiguaient, dit-elle, avec ou sans drogue ils t'embarquent. Quand je cherche de l'argent ils me prennent et me traitent de *caga*⁶⁰, ils me demandent mon carnet alors que je n'ai que ma pièce d'identité et il faut leur donner 5000 ou sortir parfois avec eux, c'est toujours la corruption ».

La clandestinité dans laquelle réside les femmes consommatrices de drogues et la contrainte de *sortir* les expose à plusieurs situations où elles acceptent parfois des relations sexuelles non protégées avec les clients. D'autre part, la corruption dont elles sont victimes augmente leur temps de travail pour gagner le manque causé par l'interpellation par les *coy*. Elles exercent leur travail de sexe de nuit et en journée (particulièrement dans le *milieu* avec d'autres consommateurs de drogues) qui a pour effet, de les retenir de toutes démarche vers une authentification de leurs statut en se procurant un carnet de visite.

10.6. L'autre facette des incarcérations : le sevrage

L'incarcération volontaire procède par un choix des délits à commettre pour lequel deux facteurs sont importants à prendre en compte ; le délit doit être flagrant et *mineur*. Pour atteindre son objectif, le consommateur de drogues choisit le lieu et le moment de commettre son acte ; (dans un magasin au moment où il n'y a que le vendeur, qui porte tout son attention sur le seul client suspect). Par ailleurs, le délit doit être *mineur*, calculé sur la base du temps nécessaire pour le sevrage qui en est le principal objectif. Le consommateur de drogue s'approprie, sans en être conscient, un principe de la peine déjà évoqué par Foucault quand il écrivait que « 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).

Le sevrage par incarcération volontaire est une pratique de sevrage qui est l'alternative des autres pratiques (automédication et voyage hors du milieu) qui ont pour spécificité d'employer des ressources financières. Quand le désir de sevrage s'impose alors que le

⁶⁰ Terme péjoratif wolof qui signifie « pute ».

consommateur de drogues manque de ressource, il a recours à l’incarcération volontaire (comme pour le seul cas de sevrage par incarcération volontaire observé). De là découle la première difficulté de cette pratique puisque le pratiquant de cette méthode de sevrage ne s’est pas bien préparé pour faire face aux dépenses qu’impose le sevrage : alimentation, médicament, alcool, cannabis... Dans le cas d’Alioune cité en début de chapitre, cette difficulté relative à l’absence de préparation l’a poussé à regretter son acte. L’extrait d’entretien suivant avec Alioune fait l’état des difficultés pendant l’incarcération.

« C’est très difficile, ma famille s’était fâchée avec moi. Personne ne venait me rendre visite, c’était dur, je n’avais pas d’argent, il fallait que j’amène avec moi au moins 5000 frs pour certains besoins. Parce qu’à la prison, la nourriture n’est pas toujours bonne et suffisante. Donc, c’était très difficile. Mais je me disais qu’une fois à la prison, ma famille viendrait me rendre visite, mais personne n’est venu. C’était vraiment dur. Finalement, j’avais regretté le vol. J’ai eu mal pendant une semaine. À la prison, la nourriture n’est pas saine, il y a une maladie que l’on appelle *biribiri*⁶¹, c’est une maladie qui se manifeste par un gonflement du ventre » (Alioune).

L’incarcération est la pratique de sevrage à laquelle les consommateurs de drogues ont moins recours pour des difficultés liées à l’alimentation, l’hygiène, le surpeuplement des cellules, le couchage, etc. Zale nous montrait lors d’un entretien, les cicatrices qu’il avait au niveau des épaules et des hanches parce qu’il se couchait sur un seul côté toute une nuit sans possibilité de se retourner par manque d’espace. Ces contraintes liées à l’incarcération semblent historiques comme l’a écrit Thioub en 1999 dans l’article intitulé « Sénégal : la santé des détenus dans les prisons coloniales ». Il apparaît, écrit-il, que les prisons coloniales du Sénégal réunissaient toutes les conditions pour une dégradation de la santé de ses pensionnaires : insalubrité des locaux, manque d’hygiène corporelle, mauvaise alimentation, surpopulation et promiscuité (p.73). À la place de l’incarcération, beaucoup de consommateurs préfèrent le sevrage par automédication ou voyage hors du milieu du fait de l’absence de liberté pour se procurer facilement des substituts ou des médicaments.

⁶¹ Ballonnement.

Faire abstinence de consommation de drogues en prison ne veut pas dire que la *came* n'y circule pas. Cet extrait avec Aïcha en est révélateur.

« Mon ex-mari a été pris par la police en flagrant délit quand il vendait la came sur le pont de Grand Yoff, mais moi je ne lui parlé plus. En ce temps-là j'étais à Gueule Tapée. Il a donc envoyé une de mes copines, venir me dire qu'on l'a attrapé, qu'il était à la police il demandait à me voir. J'ai trouvé sa femme devant la porte, et lui m'a appelé de la grille, j'ai dit au chef que je venais voir mon époux, et celui-ci, lui a demandé si moi aussi j'étais son épouse et il l'a dit que j'étais la 1^{ère}, il m'a laissée lui parler. Quand je me suis approchée, il a commencé à me parler. Je ne savais pas qu'il se droguait. La 1^{ère} chose qu'il m'a demandé, c'est de lui pardonner, je lui ai demandé pourquoi et où on l'avait attrapé, il a dit que c'était du côté de la case, c'est là qu'il m'a dit que j'étais la seule qui puisse l'aider, il m'a demandé de lui acheter de la drogue. Ça m'a surpris, je lui ai dit que je ne savais pas qu'il se droguait, j'ai pleuré et il m'a dit qu'il s'en cachait mais, il fumait.

Il m'a remis 5000 pour que je lui en achète, il m'a demandé 3 parts, en ce temps-là, ça coutait 1500, et 3 malboro. Il m'a demandé, d'enlever le filtre des cigarettes pour mettre la drogue à la place, personne ne s'en douterait. Il m'a supplié de l'aider, mais je ne lui faisais pas confiance. Je me disais qu'il voulait me faire attraper et que si j'en ramenaï, sa femme allait me dénoncer. Il y avait quelqu'un d'autre derrière la grille, il m'a demandé d'avoir pitié de lui et de l'aider, j'ai accepté et il m'a promis 2000 à mon retour » (Aïcha).

La consommation de drogue en prison est le fait des personnes incarcérées dans un autre contexte que le sevrage et qui, pour le coup, ne s'opposent pas à leur manque mais emploie des stratégies pour avoir leurs doses. Dans la plupart des cas, les pairs les plus proche sont sollicités soit pour aller en chercher (autofinancement par le détenu), soit pour que le proche partage avec lui ses doses dans la logique selon laquelle « tant qu'on reste dans le milieu, on peut à tout moment tomber en prison et avoir besoin d'un pairs » (note de terrain).

Conclusion

À l'issue de cette description du rapport des consommateurs de drogues aux prisons à Dakar, nous pouvons discuter les fonctions de la prison déjà analysées dans la littérature sur ce thème. D'emblée, la prison a joué le rôle de privation de liberté pour des individus jugés sur leurs pratiques hors normes. L'analyse de Foucault montre par la suite que ce rôle premier en cache un autre qui est la transformation des individus lorsqu'il écrit que la peine « doit s'ajuster à la transformation « utile » du détenu au cours de sa condamnation. » (Foucault, 1975 : 283). En Afrique, la prison, instaurée par l'autorité coloniale, a d'abord servi pour contrôler les résistances des élites autochtones vaincues puis, avec l'urbanisation, elle a joué le rôle de contrôle social des marges.

Dans la population carcérale composée en majorité de détenus anonymes, les consommateurs de drogues, à travers leur désir de sevrage, font émerger une autre fonction de la prison qui est l'incarcération à visé thérapeutique. L'expression signifie que la détention en prison n'est pas toujours contraignant parce que l'individu s'est fait arrêter malgré lui, mais qu'elle est plutôt stratégique dans la recherche d'un résultat. Ce dernier qui peut être le sevrage, reste un objectif car il n'est pas atteint à la sortie de l'incarcération quoiqu'il fût le but visé par le consommateur de drogue en faisant recours à cette institution. L'incarcération à visé thérapeutique a la même valeur que les autres types de recours au sevrage (automédication, voyage *hors du milieu*) du point de vue de leur objectif commune (sevrage) et des résultats global (rechute).

CHAPITRE 11

LES MOBILISATIONS COLLECTIVES AUTOUR DE L'USAGE DES DROGUES À DAKAR

Introduction

Ce chapitre a pour objet de décrire les mobilisations associatives autour de l'usage des drogues à Dakar, incluant leur genèse, les acteurs impliqués, leurs objectifs et leurs contraintes. Le chapitre décrit ensuite les appréciations des usagers de drogues à propos du dispositif associatif qui leur est destiné et fini par analyser les perceptions des usagers de drogues sur ce que doit être une association incluant les acteurs à responsabiliser, le processus de mise en place et les objectifs.

Les données qui servent de base à ce travail ont été recueillies à l'aide de différents guides d'entretien semi-directif et d'une grille d'observation dans le milieu des usagers de drogues. Les entretiens ont été réalisés auprès d'une dizaine d'usagers de drogues, parmi lesquelles 3 femmes. Les investigations ont ensuite ciblé les associations des groupes dits « clés » : deux associations d'hommes qui ont 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 de groupe à la « marge » dans un contexte de criminalisation au Sénégal. Les investigations ont également ciblé deux ONG qui exercent dans le domaine des drogues : le Centre de sensibilisation et d'information sur les drogues (CSID) Jacques Chirac en banlieue de Dakar et l'ONG Jamra⁶² en milieu urbain. Les enquêtes à ce niveau ont permis de décrire le dispositif en place à Dakar pour le traitement des usagers de drogues. Enfin, le Comité interministériel de lutte contre la drogue (CILD) a

⁶² Nous y avons rencontré le président de la Fédération et des ONG et OCB luttant contre la drogue (FONSELUD).

été investigué pour préciser le contexte juridique de l'usage des drogues au Sénégal.

11.1. Le contexte associatif à Dakar

Pour décrire le contexte associatif à Dakar, la présentation des deux premières structures associatives incluant leurs genèses, la signification de leur acronyme et leurs activités, sont faites. Les entretiens y ont été réalisés avec le responsable de chaque structure.

Extraits d'entretien avec Seydina, responsable de l'ONG *Jamra*

« À la création de *Jamra* en 1982, nous avions un journal. Nous parlions de la débauche et de tous ses problèmes, pour essayer de protéger les populations contre ces fléaux. À un moment, on a senti le besoin de matérialiser nos activités et aller au-delà du journal en organisant des conférences et des rencontres dans les quartiers. C'est après que les autorités se sont intéressées à nos activités. Nos conseillers et sympathisants nous ont dit d'améliorer l'impact qu'on a sur la population. Alors, on a créé, en 1992, l'ONG JAMRA qui a mené beaucoup d'actions et qui en mène jusqu'à présent.

Etymologiquement, *Jamra* signifie la braise mais symboliquement, si vous allez à la Mecque pour le pèlerinage, il y a une phase où, on jette des pierres. On y lapide Satan. Alors, quand on faisait des sorties sur un fléau, les gens disaient « *Jamra sanetina Jamra* » (JAMRA a encore lapidé Satan). En 2000, il y a eu des événements politiques avec la première alternance démocratique au Sénégal. Tout le monde en avait marre et les membres de l'ONG voulaient soutenir un opposant politique. Alors, j'ai attiré leur attention sur le fait qu'on était devenu une ONG. Donc, il ne fallait pas se faire remarquer en politique pour ne pas que l'Etat, ferme notre ONG. Par la suite, on a créé deux entités, le parti politique géré par X et l'ONG que je gère qui est apolitique. C'est pour cela qu'il y a quelque fois des confusions entre l'ONG et l'organisation politique ».

Activités

« On fait des conférences au niveau de la population générale et au niveau des lycées, des écoles et c'était là un de nos points forts. On écrivait des lettres à l'État, au président et on a suggéré qu'on incinère les drogues saisies. C'est par la suite que l'État a accepté et qu'ils ont brûlé les drogues saisies. Nous avons joué un rôle prépondérant dans ce domaine.

À part ça, nous faisons l'activité d'accueil et d'écoute dénommée le système *gew gui*. Nous faisons aussi de la médiation sociale dans les familles. Mais, si le

patient est perturbé, on n'a pas un volet médical, sanitaire. C'est pourquoi je dis qu'on fait de la prévention primaire, secondaire mais, on n'a pas le volet tertiaire, on n'a pas recruté un médecin pour ça. Donc, nous faisons des références. Nous avons aussi un centre de documentation pour la recherche ».

Extraits d'entretien avec Mouhamed, coordonnateur du CISD/Jacques Chirac

« Le Centre de Sensibilisation et d'Information sur les drogues (CISD) est créé le 23 février 1995 avec un financement de la coopération française. Le centre était placé sous la tutelle du ministère de l'intérieur et est construit sur un terrain appartenant à la police. Le premier responsable du centre a été un inspecteur de police qui y a été affecté par le ministère de l'intérieur qui avait décidé de faire des actions orientées vers la prévention. Le choix a été porté sur la banlieue dakaraise, avec l'idée d'inclure des organisations communautaires et des associations pour animer la structure. En 1995, nous étions des leaders associatifs à Thiaroye et c'est comme cela qu'on nous a contacté pour nous dire qu'il y a un projet à Thiaroye de mise en place d'une structure de prévention contre la drogue et on aimerait que les associations que vous représentez puissent être impliqués dans l'animation

En 1996, à l'occasion de la première visite du Président français Jacques Chirac, on l'a reçu ici avec le président Diouf à l'époque avec pratiquement tout le gouvernement. Nous lui avons parlé de notre mission en tant que communautaire et on a fait comprendre au président Chirac qu'en venant au centre, nous contribuons aussi au développement de ce pays. Que le développement doit aussi prendre en compte la protection de la jeunesse vis-à-vis d'un certain nombre de fléau qui peuvent constituer des obstacles par rapport à sa promotion tels que la drogue, le VIH. Le président Chirac nous a félicités et dits qu'il prenait l'engagement de nous inviter en France pour voir les actions de lutte et de traitement des drogues. Quelques temps après, on a reçu l'invitation et on est parti, le président Chirac nous a reçu dans son bureau même, à l'Elysée, on a échangé un peu ensuite il nous a mis en rapport avec un conseiller qui nous a amené faire des visites. On a visité le centre Marmothan, des associations qui luttaient contre la drogue et tout pendant presque 15 jours. La veille de notre retour, on est allé voir le Président pour le remercier et, en cours de route, l'idée nous est venue de lui demander d'être le parrain du CISD puisqu'on n'avait pas trouvé un cadeau plus précieux. Il accepta avec plaisir. Quelques mois plus tard, il a délégué son ministre de la coopération française qui est venu ici pour officialiser le parrainage de Jacques Chirac. Le président Diouf est revenu une deuxième fois en compagnie du ministre français de la coopération pour baptiser le centre en tant que centre de sensibilisation et d'information sur les drogues /Jacques Chirac.

Il a fallu attendre jusqu'en 1997 pour changer de statut et aller vers d'ONG suite à une audience que nous avons avec le Président Abdou Diouf pendant laquelle

on a abordé la question du statut du centre. C'est ainsi que nous nous sommes constitué en ONG pour mieux se développer, pour pouvoir capter des financements des bailleurs. Le fonctionnaire dirigeait le centre, étant entendu qu'il ne pouvait pas siéger en tant que ONG, a été rappelé par le ministère de l'intérieur et à partir de ce moment, nous avons pris la direction du centre ».

Activités

«Le centre est une structure de prévention, on fait dans la formation, la sensibilisation à Dakar mais au niveau national. On organise des campagnes de sensibilisation, on descend dans les quartiers, on organise des conférences, des causeries, on sensibilise sur des questions en relation à la drogue. Des associations initient des actions, nous invitent et on apporte notre contribution, on anime des conférences. Parfois, si on a les moyens, on convoque des associations, on les forme sur la prévention contre la drogue. On produit aussi des supports didactiques. À l'époque, on avait même un journal de sensibilisation.

Dans notre stratégie de prévention, on met en œuvre des activités pour empêcher l'entrée dans la drogue. On a aménagé dans notre centre des espaces d'occupation où les jeunes pratiquent du sport ; il y a le basket, il y a la boxe, le karaté, on a des salles de musculation, on organise très souvent des séances de lutte traditionnelle. Il y a aussi, à l'intérieur du centre, un atelier de menuiserie. C'est aussi un élément de prévention parce que c'est une activité de réinsertion socioprofessionnelle parce que pour nous, il faut offrir aux jeunes des possibilités de pouvoir se réinsérer sur le plan professionnel, économique pour pouvoir se prendre en charge. Le centre offre aussi offre un cadre d'accueil aux gens qui ont des problèmes avec la drogue et qui veulent se faire aider ; on les offre un cadre d'accueil, un cadre d'écoute, on essaie de leur apporter un soutien sur le plan psychologique. Si la personne présente des complications qui nécessitent une prise en charge médicale, on fait la référence, on l'oriente vers les hôpitaux puis on fait le travail de suivi et d'appui psychosocial ».

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 dakaroise, 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 avancée dans les communautés dans tout le pays à la

demande des populations. La drogue le plus souvent évoquée est le « yamba »⁶³ car, selon les responsables des structures visitées, il fait *plus de ravage* que les autres drogues au Sénégal. Ils pensent les drogues *dures* comme un problème des Occidentaux qui veulent les combattre en Afrique afin qu'elles n'arrivent pas dans leurs pays.

Concernant les activités spécifiques pour les usagers de drogues, les structures font face à des difficultés financières. Les responsables de ces structures soutiennent que certaines activités nécessitent un financement, pour la formation des acteurs de la lutte ou les campagnes de sensibilisation au niveau national. D'autres activités ne nécessitent pas de financement, par exemple les interventions d'animation ou sportives au centre CSID Jacques Chirac. Parmi les activités qui ne nécessitent pas de financement, aucune ne concerne les usagers de drogues : 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 usagers de drogues qui manifestent un désir de sevrage sont toujours référés vers les hôpitaux psychiatriques qu'ils pensent peu approprié pour les traiter. Les activités de communication déroulées pour les usagers de drogues se font le plus souvent dans le cadre d'un financement comme en 2004 où l'ANCS a financé un programme de sensibilisation sur les risques infectieux auprès des usagers de drogues (nous reviendrons plus loin sur ce programme).

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 usagers de drogues sont la population « parent pauvre » du dispositif associatif autour de l'usage des drogues à Dakar.

⁶³ Mot wolof pour désigner le cannabis.

11.2. Première création d'une association d'initiative médicale : L'ASPUD

Au début des années 2000, suite au constat que les usagers de drogues, dit Brama, « tombaient comme des mouches », les UD, 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 les aider pour trouver des fonds et avoir 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 leur vision 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 des drogues et les comportements de gestion de ces 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, UD), d'une trésorière (Assistante sociale de la clinique Moussa Diop), d'une chargée de la prise en

charge psychologique des UD (psychologue à la clinique Moussa Diop), d'un secrétaire à l'organisation (homme, UD) et d'un chargé de l'animation (homme, UD). Ce petit groupe mène les activités de causeries désormais orientées vers les comportements à risque de contamination par le VIH. Le recrutement des participants aux causeries se fait par les usagers de drogues 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 usagers de drogues dénoncent que l'ANCS se soit focalisée sur la lutte contre le VIH/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 usagers de drogues 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.

11.3. 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 UD. Elle se donne aussi pour objectif de favoriser l'entraide entre usagers de drogues 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 UD, les PS, les HSH. Elle s'intéresse aussi aux familles des usagers de drogues et aux autorités étatiques (force de sécurité, ministère de la santé).

11.3.1. Mise en place de l'ASRDR

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, en exercice, 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 leurs cartes 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 aujourd'hui 17 membres comprenant cinq animateurs de terrain (parmi lesquels trois usagers de drogues 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.

11.3.2. Difficultés et perceptions de l'ASRDR par les UD

En matière d'activités déroulées, l'ASRDR rencontre 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, dit un membre, 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 encore d'activités spécifiques. Bossa, un autre membre de l'association, 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 UD, la distinction n'est pas faite entre l'association et l'équipe outreach. D'ailleurs, pour en parler, ils utilisent les 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 en concurrence avec les UD. Les propos d'un usager de drogues 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 » (Brice).

Les usagers de drogues 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 eu 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 « leaders » et « usagers » pour utiliser celle entre « usagers associatifs » et « non associatifs »⁶⁴.

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 usagers de drogues 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.

⁶⁴ Cette distinction recouvre d'une part les usagers de drogues qui adhèrent au projet associatif et d'autre part ceux qui n'y adhèrent pas.

11.4. Critiques des structures existantes par les UD

Tout au long de leur carrière de consommateurs, les usagers de drogues 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 propos 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 usagers de drogues 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 usagers de drogues 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 usagers de drogues 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 des 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 usagers de drogues sont enfin orientées vers les types de drogues 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 des 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 touchent 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 fond. 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.

11.5. Perceptions des objectifs d'une association qui réponde aux besoins des UD

11.5.1. Aider le sevrage immédiat

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 compétence, ou de revenus*, lesquelles peuvent être résolues, selon les UD, 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 seuls en vain. Le désir de sevrage est évoqué comme objectif fondamental :

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).

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 usagers de drogues 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 une des raisons pour lesquelles les usagers de drogues pensent que leur implication est nécessaire dans le dispositif de traitement de leur situation.

11.5.2. Appuyer la médiation sociale et l'insertion des pairs

Les nombreux cas de rechute après les pratiques d'auto-sevrage sont dus, selon les UD, au retour dans le « milieu » et à l'absence d'activité et de confiance de la part de l'entourage. Les usagers de drogues 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 leurs familles, 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 occupé 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 usagers de drogues à propos des ex-usagers qui ont quitté le « tracé », qu'ils rencontrent à Dakar, exerçant une activité lucrative.

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

Les usagers de drogues 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 usagers de drogues 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 usagers de drogues 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.

11.5.4. Perceptions des obstacles à la mobilisation associative

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

11.5.4.1. Le manque de disponibilité du à la dépendance

La première contrainte perçue par les usagers de drogues 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 Toufik (1997) qui écrivait que s'organiser

demande du temps et une attention difficile à assurer par les usagers. Les effets du produit et 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.

11.5.4.2. 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 UD 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 voudrai leur interdire sera difficile » (Fecca).

Beaucoup d'usagers ont toujours caché leur consommation à leurs familles bien qu'elles puissent parfois *souçonner des comportements bizarres*. La participation à l'association constituerait pour ces derniers 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, de HSH 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.

11.5.4.3. L'obstacle juridique

La perception de l'aspect juridique comme obstacle relève particulièrement de l'expérience des usagers de drogues lors de la création de l'ASPUD. « La difficulté était que tous les membres de l'association avaient fait la prison⁶⁵ à un moment ou à un autre, alors qu'on dit que pour diriger une association il faut être clean » (Brama). Pour résoudre cette contrainte, il a fallu que les usagers de drogues aillent exposer le problème au niveau du CILD où ils ont demandé à voir l'autorité supérieure, pour « le 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.

11.6. 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 usagers de drogues. 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).

Le mode de constitution de l'association *And Soppaliku* 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

⁶⁵ Il est procédé à une enquête de moralité par le ministère de l'intérieur, de tous les membres du bureau de l'association. Elle porte sur les activités professionnelles, associatives, syndicales, politiques et les antécédents judiciaires.

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 usagers de drogues 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 usagers de drogues 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 usagers de drogues espèrent accéder à un traitement approprié, a influencé l'idée d'association. Les usagers de drogues 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 leurs situations présentes 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 toxicomanes 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 UD, mis à part l'objectif de sensibilisation des jeunes.

Pour que le projet endogène soit acceptable pour 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 usagers de drogues 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 des pairs qui suppose une communauté d'intérêt 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 des associations initiées par l'institution médicale qui deviennent mixtes (ASPUD, ARSDR). Cette « mobilisation sous tutelle », qui ne correspond pas au schéma associatif des usagers de drogues peut être analysé comme un moyen par lequel leur statut va évoluer d'une vision sociale négative de « coupables » à celle de « victimes ».

QUATRIÈME PARTIE
DE LA MÉDICALISATION AUX
RÉACTIONS SOCIALES IMMÉDIATES

CHAPITRE 12

LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF DE TRAITEMENT POUR LES USAGERS DE DROGUES : DESCRIPTION DU PROCESSUS

Introduction

La mise en place du dispositif médical de traitement des usagers de drogues qui fait l'objet de cette thèse et dans laquelle nous observons le phénomène (ou processus) de médicalisation, a débuté en 2008. Cette date de référence est choisie pour au moins deux raisons. La première est que, jusque récemment, il n'y a pas eu d'études spécifiques sur la population des usagers de drogues au Sénégal avec pour objectif de les accompagner par un traitement de référence. Celui-ci est constitué par l'ensemble intégré des interventions de Réduction des Risques de l'OMS⁶⁶ à propos des usagers de drogues injectables. La deuxième raison est que, jusqu'en 2008, le dispositif sénégalais de traitement des usagers de drogues, comme les observations réalisées dans le cadre de cette étude doctorale le montrent, ne prenait pas en charge les usagers de drogues. Ils sont toujours référés en service hospitalier de psychiatrie qui assure une prise en charge spécialisée limitée et peu adaptée à ces patients

La date que nous considérons comme référence (2008) correspond, à notre sens, à la mise en phase des pratiques de traitement de l'usage de drogues au Sénégal avec les pratiques internationales. « On ne peut pas traiter le toxicomane sénégalais, disait Brama en 2011, d'une autre manière que par les moyens en vigueur en Europe ». La forme que prend le traitement des usagers de drogues aujourd'hui au Sénégal, correspond aux attentes longtemps formulées par cette population. On pourrait nous dire

66 « Programmes d'accès aux seringues ; Traitements de substitution aux opiacés (TSO) et autres traitements de la dépendance ; Dépistage du VIH et Conseil ; Traitement anti-rétroviral ; Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) ; Programmes de distribution de préservatifs pour les UDI et leurs partenaires sexuels ; Information, Éducation et Communication (IEC) ciblées sur les UDI et leurs partenaires sexuels ; Vaccination, diagnostic et traitement des hépatites virales ; Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose ». OMS, ONUDC, ONUSIDA, 2009, Guide Technique Destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2009

que la prise en charge médicale complète (prévention et soins) a commencé avec l'inauguration du centre de traitement intégré des addictions le 1^{er} décembre 2014 et que donc, c'est à cette date seulement qu'il faut considérer le début de la médicalisation. Notre propos est de montrer que le dispositif de traitement des usagers de drogues en cours au Sénégal est l'aboutissement d'un processus qui a commencé en 2008.

Le chapitre a pour objectif de décrire le processus de la mise en place du dispositif de traitement des addictions au Sénégal, en partant de l'émergence de l'idée en 2008 jusqu'à l'ouverture du centre intégré de prise en charge des addictions, à Dakar, en 2014. Le chapitre décrit les différentes étapes du processus en indiquant les acteurs qui ont été impliqués, les moyens mis en œuvre, les résultats obtenus et les décisions qui ont émergé à partir des résultats. Les données qui servent de base à cette description sont issues d'observation/participation à la mise en place du dispositif, de documents rédigés par les acteurs du processus ainsi que des thèses et mémoires rédigés au cours de la mise en place du programme de traitement. La présentation suit l'ordre chronologique et chaque étape du processus.

12.1. L'émergence de l'idée de médicalisation

La première question qu'impose la recherche sur l'histoire de la mise en place du dispositif est de savoir d'où est partie l'idée de traiter les usagers de drogues dans une dimension biomédicale. La réponse à cette question sur l'origine de la médicalisation se trouve dans l'extrait d'entretien suivant avec A. Leprêtre, médecin addictologue du CHU de Bichat, initiatrice du projet UDSEN

« E : Comment est-ce que l'idée du projet sur les usagers de drogues a-t-elle émergée ?

R : C'est toujours à la fois une sorte de hasard mais ce n'est pas le hasard. L'idée a émergé de Pierre-Marie Girard qui était Coordonnateur Nord (du site)⁶⁷ de l'ANRS, il bossait depuis longtemps avec le CNLS, Dr Ibra Ndoeye et Gilles Raguin qui était Directeur d'ESTHER qui bosse aussi depuis longtemps avec

⁶⁷ L'Agence Nationale (Française) de Recherches sur le Sida et les hépatites virales mène ses recherches au Sud de manière coordonnée sur des sites. Au Sénégal, Dakar est l'un de ces sites, basé au CRCF, de même que Yaoundé, Abidjan et Bobo-Dioulasso.

Pierre-Marie Girard en tant que Esthérien sur les programmes des pays du Sud et particulièrement Dakar puisque Pierre-Marie était le Coordonnateur Nord de l'ANRS de Dakar. Les trois avaient bossé ensemble sur la Cohorte l'initiative des ARV, les TS et les MSM. Moi, j'ai été l'interne de Pierre-Marie en 1986. Après on se croisait toujours à Paris à l'époque du sida dans les années 1985-86. À travers les congrès on est resté toujours assez proches. Il savait que je bossais beaucoup avec les usagers de drogues dans le 18^{ième} arrondissement de Paris.

Un jour, c'était en Janvier 2008 à Paris, je suis allée voir Pierre-Marie. En dehors du travail, un de mes centres d'intérêt est de voyager, rencontrer des gens et donc je me suis dit je vais voir Pierre Marie, je vais lui dire que j'aimerais bien aller bosser sur un projet qui m'intéresserait et qui est différent de ce que je faisais. Il me dit *ton truc ce sont les usagers de drogues ! Ça fait 20 ans que tu bosses là-dessus*. Il me dit « mais justement à Dakar on a exploré le terrain il y a peut-être un truc à voir il me dit il faut que tu bosses sur les usagers de drogues, on a exploré le terrain mais dis est-ce qu'il y a des usagers de drogue à Dakar ? ». Je dis ben oui ça c'est sûr il me dit *comment ça ?* Je lui ai dit que j'en connais suffisamment dans le 18^{ième} et de temps en temps ils vont à Dakar souvent lorsqu'ils sont expulsés mais après ils reviennent et te disent je suis allé au Plateau voilà... Je connaissais les quartiers Plateau et Médina de Dakar sans y être jamais allée, les gens t'en parlent bon voilà...tu sais que ça consomme.

Comme il venait régulièrement à Dakar, il en a causé avec Ibra Ndoye du CNLS et Gilles Raguin le Directeur Médical d'ESTHER qui connaît bien les problématiques VIH SIDA dans le monde et qui disait « il faut attaquer le truc d'usagers de drogues en Afrique ». Puis Pierre Marie est allé voir Momar Gueye, psychiatre. À mon avis s'il y a des gens de la santé qu'on doit rencontrer pour des questions d'usage de drogues au niveau professionnel, ce sont les psychiatres. Il y a des travaux qui avaient été faits sur les usagers de drogue avec des articles de la revue Psychopathologie Africaine. Momar Gueye dit *ben oui nous bien sûr on en reçoit ce sont surtout des jeunes*. Et puis Momar Gueye désigne Idrissa Ba pour présenter un pré-projet aux Journées de l'ANRS.

E : Et ensuite ?

R : Puis je suis venue en début Aout 2008 pendant une semaine. Idrissa Ba était disponible pour qu'on travaille sur un pré-projet. On a fait des groupes de travail, et moi mon petit truc était d'arriver à les convaincre qu'il fallait qu'on étudie des gens qui consomment l'héroïne, la cocaïne donc qui peuvent s'injecter mais pas du cannabis. Le cannabis n'apporte pas une voie supplémentaire à la voie sexuelle et même si par le biais de modification de comportement peut-être ça augmente le risque. Et puis après on s'est quitté. On devait se revoir en même temps on avait prévu, pour lancer avec Pierre Marie et Gilles et le Docteur Ndoye, ils avaient prévu de faire un symposium sur l'usage

de drogues en Décembre 2008 à Dakar pendant l'ICASA. Il y avait Abdallah Toufiq qui est venu faire un topo à ICASA et on a profité de sa présence pour faire l'exploration de Dakar donc ça s'est passé dans la semaine d'ICASA et il est resté un petit peu.

E : Et l'exploration de Dakar a consisté à quoi ?

R : j'ai cherché via les contacts de la Goutte d'Or à avoir des contacts avec des usagers de Dakar pour justement faire cette exploration. Je cherchais qui pouvait être méthodologue et j'ai appelé Abdallah avec qui j'avais travaillé à la Goutte d'Or. Cela l'intéressait de venir, et avec Abdallah on avait réfléchi on était sur le même truc il fallait qu'on trouve des usagers de drogue, la meilleure voie d'entrée c'est de trouver des usagers, et donc j'avais un super bon contact avec un mec qui n'était pas usager mais qui en connaissait un bon nombre son frère avait été usager. Et donc j'avais deux contacts B et M. Je me souvenais plus de B que M, et je les ai rencontré tous les deux avec le type qui m'a servi d'intermédiaire. On s'était eu téléphone avant de se voir parce que j'avais vu Baba ailleurs il ne pouvait pas venir manger M était d'accord le but de notre discussion c'était que Abdallah puisse se promener avec M et explorer avec lui. C'est comme cela que cela s'est passé et pendant une semaine M l'a trimbalé à la Médina il y a passé des soirs tu vois, quand Abdallah faisait l'observation il restait trainer des heures tu vois il est resté quasiment 24/24 à la Médina pour faire des interviews rencontrer des gens pour faire l'enquête qualitative pour voir s'il y a des usagers. Au bout d'une semaine il termine ».

D'une discussion entre deux anciens collègues, en France, est née l'idée d'investiguer le terrain de l'usage de drogues au Sénégal dans une perspective biomédicale de réduction des risques (RDR). Ce processus témoigne d'emblée d'une mondialisation⁶⁸ des pratiques de traitement des usagers de drogues avec, comme centre de diffusion, l'Occident, à partir de l'observation de patients « mobiles » entre ces deux continents. Sans considérer cette innovation locale comme l'adaptation d'une pratique globale dans le contexte social sénégalais, la thèse décrira la complexité des réactions sociales face à l'approche de la RDR après la description des différentes étapes de la mise en place du programme de traitement pour les usagers de drogues au Sénégal.

68 La mondialisation est ici définie comme un « processus par lequel un ou des phénomènes se répandent dans le monde entier, sous des formes qui tendent à devenir universelles, et par l'effet du développement des télécommunications » (Akoun et Ansart, 1999 : 350).

12.2. L'étude de faisabilité

Suite à l'exploration rapide du terrain dakarois et à la confirmation de l'existence d'usagers de drogues, une pré-étude est conduite de décembre 2008 à novembre 2009. Elle avait pour objet de voir la faisabilité d'une enquête de prévalence et de pratiques à risque d'infection à VIH chez les usagers de drogues au Sénégal. Plusieurs structures au Sénégal et en France sont mobilisées pour investiguer le champ de l'usage de drogues à Dakar. L'étude de faisabilité est menée sous la responsabilité du Dr Ibra Ndoye et coordonnée par Idrissa Ba à Dakar et Annie Leprêtre à Paris. « Idrissa Bâ, dit Maryvonne Maynard, informe le Comité Interministériel de Lutte contre les Drogues et le Ministère de la Santé et obtient l'autorisation de réaliser cette enquête sans problème judiciaire ».

L'étude s'est déroulée dans les régions de Dakar (capitale), Thiès (précisément à Mbour qui est une zone touristique) et à Ziguinchor (région frontalière à la Guinée Bissau, très réputée pour le trafic). Elle avait pour objectifs : de cerner les caractéristiques sociodémographiques des usagers de drogues injectables au Sénégal ; de décrire les pratiques à risques infectieux au sein de ce groupe ; d'évaluer l'ampleur de l'usage des drogues injectées et injectables ; d'estimer la séroprévalence de l'infection à VIH et à VHC parmi les usagers de drogues injecteurs au Sénégal. L'étude de faisabilité est financée par l'ANRS et l'IMEA (ETUDE ANRS 12208/IMEA 0806, 2010).

L'équipe de recherche est composée de spécialistes de l'infection à VIH chez les populations vulnérables que sont : Dr Ibra Ndoye, Secrétaire Exécutif du CNLS à cette époque-là, Dakar ; Dr Annie Leprêtre, clinicienne de la maladie VIH/SIDA (hôpital Bichat, CAARUD 18, IMEA, paris) ; Mr Abdalla Toufik, Sociologue (OFDT, IMEA, Paris) ; Dr Gilles Raguin, Spécialiste de médecine Interne et Maladies Infectieuses (ESTHER, hôpital Saint Antoine Paris). Il y a aussi des spécialistes des addictions tels que : Pr Momar Gueye, Psychiatre, Chef du Service de Psychiatrie du CHNU de Fann, directeur de l'IREP (Dakar) ; Dr Idrissa Ba, Pédopsychiatre (CHN Thiaroye, IREP, Dakar) ; Dr Papa Lamine Faye, Psychiatre (CHNU de Fann, IREP, Dakar). Il y a enfin des spécialistes de l'infection à VIH que sont : Pr Papa Salif Sow, Chef du Service des

Maladies Infectieuses du CHNU de Fann, Coordinateur du CRCF (Dakar) à cette époque-là ; Pr Pierre-Marie Girard, Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (Hôpital Saint Antoine, Paris, Coordinateur du site ANRS Sénégal).

Les trois régions ont été investiguées durant 3 missions d'une semaine chacune en décembre et janvier 2009 par Toufik, en binôme avec Ba pour les régions de Thiès et Ziguinchor et Leprêtre pour le département de Dakar. Dans chacune de ces régions, une douzaine d'usagers de cocaïne et/ou d'héroïne ont été interviewés, le matériel de consommation de certains a été photographié. De même, une quinzaine de personnes en contact avec des UD (policiers, médecins, ONG) ont été rencontrées dans chaque région. (ETUDE ANRS 12208/IMEA 0806, 2010).

12.3. Le projet Usagers de Drogues au Sénégal (UDSEN)

Suite à l'enquête de faisabilité, l'équipe de recherche a pris la décision de restreindre l'enquête de prévalence et de pratiques à risque à la région de Dakar. Un comité de suivi décisionnel (CNLS, ONUDC, ESTHER, ONUSIDA, OMS, médecins infectiologues et psychiatres, anthropologues, sociologues, PVVIH, Centre Jacques Chirac) a été mis en place. Ce comité a joué un rôle dans le partage de l'état d'avancement du projet, du plaidoyer et de la réactivité face aux décisions opérationnelles devant être prises. Un programme de formation sur usage de drogues et réduction des risques infectieux en direction des institutionnels, professionnels de santé et acteurs associatifs, porté par ESTHER et les responsables de l'étude, a débuté en 2010. En fin 2010, le Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA 2011-2015 du Sénégal intègre les Usagers de Drogue(s) Injectables (UDI) comme population vulnérable au VIH (Leprêtre et Ba, 2013).

Une équipe de travailleurs de terrain a été recrutée ; elle est constituée de huit personnes travaillant en binôme (un travailleur social et un adulte relais ou associatif). Elle a pour mission d'explorer chacun des quatre départements de la région de Dakar, avec pour objectifs principaux de créer des liens avec les usagers d'héroïne et ou de crack/cocaïne et d'établir la cartographie des lieux de consommation et d'achats des drogues

injectables. Cette étape devait faciliter la phase de capture de l'étude, en précisant la taille et les modalités de recrutement futur des participants de l'enquête. Les objectifs secondaires étaient la traduction de la lettre d'information, du consentement et des questionnaires afférant à l'enquête en « wolof de rue » et la constitution d'un vivier de personnes formées au contact avec les UDI pour former l'ossature du personnel d'enquête (Leprêtre et Ba, 2013).

En 2011, le projet UDSEN (pour Usagers de Drogues au Sénégal) est mis en place pour une durée de 24 mois, de janvier 2011 à décembre 2012. Il s'agit d'une enquête de prévalence et socio-comportementale auprès des usagers de drogues dites « injectables » (héroïne, cocaïne/crack).

L'objectif général de l'enquête était d'estimer les pratiques à risque et la séroprévalence VIH, VHC et VHB chez les Usagers de Drogues Injectables, quel que soit le mode d'usage, dans la région de Dakar (Leprêtre et Ba, 2013). Les objectifs secondaires étaient :

- 1) Estimer la séroprévalence du VIH, du VHC et du VHB parmi les usagers de drogues injectables dans la région de Dakar ;
- 2) Décrire les caractéristiques sociodémographiques des usagers de drogues injectables ainsi que leurs pratiques à risque de transmission virale ;
- 3) Estimer la prévalence du recours au mode d'administration intraveineux parmi les usagers d'héroïne et de cocaïne/crack dans la région de Dakar ;
- 4) Identifier des comportements à risques liés à l'injection et aux comportements sexuels au sein de ce groupe ;
- 5) Identifier des comportements à risques liés au mode d'usage et aux comportements sexuels des usagers de drogues non injecteurs.
- 6) Estimer la taille de chaque sous-groupe (injecteurs- non injecteurs) ;
- 7) Déterminer le rôle de la mobilité des usagers de drogues sénégalais ayant séjourné en Europe et des Européens ayant séjourné au Sénégal dans la diffusion de l'injection comme mode d'usage de drogues dans la région de Dakar;
- 8) Identifier les besoins des usagers en matière de prévention de la transmission du VIH, du VHB et du VHC et de soins d'addiction (Leprêtre et Ba, 2013).

L'enquête a eu lieu d'avril à juillet 2011 au Centre de Recherche et de formation à la prise en charge clinique (CRCF) sis au service des maladies infectieuses de l'hôpital Fann à Dakar. « Au niveau de l'hôpital, dit M Maynard, on a averti le directeur de la tenue de l'enquête. On également averti les gardiens à l'entrée pour qu'il n'y ait pas de problèmes d'accès à l'entrée. On a fait en sorte que l'enquête se déroule au moment des visites, les heures normales des personnes qui viennent voir des gens à l'hôpital comme ça les gens se fondaient dans la masse ».

Le financement de l'enquête a été accepté au 2ème appel d'offre de l'ANRS en 2010. Une équipe locale dirigée par Idrissa Ba a travaillé en collaboration avec une équipe Nord dirigée par Annie Leprêtre. Les structures impliquées au Sénégal sont le CNLS, le CRCF et le CTA du Service des maladies infectieuses au CHU Fann, le LBV de l'hôpital le Dantec, ESTHER Sénégal, le service de psychiatrie du CHU Fann et du CHNU Thiaroye. En France, les organismes impliqués sont l'IMEA de l'hôpital Bichat, ESTHER Paris (devenu Expertise France), l'OFDT, l'Inserm, l'ANRS et l'IRD.

L'enquête UDSEN estime la taille de la population d'UDI précaires de la région de Dakar à 1324 individus, avec une médiane d'âge de 43 ans, essentiellement des hommes (86,4%). Dans cette population, 51,2% n'ont fréquenté que le primaire ou l'école coranique, 18,9% sont allés au lycée et/ou à l'université. La majeure partie (83,6%) habite le département de Dakar. Ils dépendent essentiellement de leur entourage pour leur hébergement (76,5%), mais ont un toit, plutôt stable (94,1% ont le même domicile depuis au moins 3 mois) : seule une personne déclare être sans abri. Ils ont en moyenne 2 enfants, cependant seule une minorité (29,6%) vit en couple. La prévalence du VIH est estimée à 5,2%, celle du VHB à 7,9% et celle du VHC à 23,3% (Leprêtre et Ba, 2013).

Les résultats montrent également une demande d'aide au sevrage, comme l'explique Maryvonne quand elle dit, en 2011, que : « la plupart voulaient des soins pour arrêter l'usage de drogue donc des soins de substitution qu'on n'a pas le droit de proposer pour l'instant. Après l'enquête, ce qu'on a mis en place c'est deux types de soutien : un soutien psychologique avec des consultations avec Dr Bâ, psychiatre, tous les mercredis et puis un soutien plus médical pour les personnes qui en avaient besoin le matin au

niveau de la consultation du CRCF ».

12.4. Le Centre de prise en charge intégré des addictions (CEPIAD) de Dakar

12.4.1. Aux origines du CEPIAD

Le Centre de prise en Charge intégré des Addictions (CEPIAD) n'a pas été préconçu par les acteurs de sa mise en place dans sa forme actuelle, mais il est plutôt l'aboutissement d'une recherche auprès des usagers de drogues. L'extrait d'entretien suivant avec A. Leprêtre permet de revenir aux origines de la création du CEPIAD.

« R : L'enquête finit en juillet 2011 on fait le comité en novembre, c'est un comité de suivi, et là, vus les premiers résultats, le comité de suivi décide qu'on va faire un centre de prise en charge pour les usagers de drogues.

E : Juste après les résultats ?

R : Oui ! Il faut mettre un centre de soins tu vois ce que je veux dire, là on est à 10% pour les injecteurs qui ont l'hépatite C, la réponse est qu'il faut qu'il y ait des soins avec les standards de soins TSO.

E : Est-ce à dire que le CEPIAD n'était pas prévu à l'avance ?

R : Ah non ce n'était pas prévu le projet c'était juste... C'était d'abord de faire une enquête, tu ne vas pas dire je vais faire ça bien sûr que ce n'était pas prévu à l'avance je n'y avais jamais pensé voilà, ce qui était prévu à l'avance c'est que c'est clair qu'on ne faisait pas une enquête pour faire une enquête c'est-à-dire que si on soulevait des besoins... Voilà c'était clair entre nous tous depuis le départ c'est-à-dire l'enquête c'était pour que ça aboutisse à des soins, mais après quel type de truc ? On ne savait pas. Voilà. (...)

Donc on avait dit qu'il fallait des soins et ça c'est vrai que ce qui était préparé c'était au minimum la réduction des risques dans nos têtes. En tout cas il fallait au minimum la réduction des risques et une équipe de terrain, c'est-à-dire des gens qui peuvent aider des usagers à réduire les risques de leur consommation et les aider à avoir accès aux soins ».

À partir du moment où un CEPIAD est entrevu, des ressources humaines sont mobilisées pour la formation et la préparation du dispositif. Le Sénégal s'oriente vers

des partenaires français et marocain pour partager leurs expériences dans le traitement des usagers de drogues. L'équipe de terrain effectue une série de voyage au Maroc pour renforcer ses capacités de travail de terrain en observant la pratique marocaine dans ce domaine. Des acteurs venant de France ont aussi été mobilisé pour la formation, l'accompagnement au travail de terrain et à la mise en place d'un traitement de substitution. Il s'agit de B. Lebeau et de L Sayag qui expliquent leur intégration et leurs rôles dans le processus à travers les extraits suivants.

« J'étais médecin généraliste et j'ai été pendant longtemps journaliste mais je n'ai commencé à travailler professionnellement dans le champ des toxicomanies qu'en 1992-93. J'ai abandonné à la fois le journalisme et la médecine générale. Donc en gros ces 20 dernières années j'ai longtemps travaillé dans le champ des toxicomanies en particulier avec des patients injecteurs, et ensuite j'ai appris à travailler en alcoologie. J'ai travaillé avec Médecins du Monde dans un cadre bénévole depuis 1980, avec une petite interruption entre 1989 et 1992, et je suis revenu avec Médecins du Monde en début 1993 avec un projet de Centre de Soins Spécialisés avec un programme méthadone. J'ai ouvert ce programme, j'ai été salarié de l'association Médecins du Monde. En 1994 c'étaient les premières places de méthadone à Paris, depuis un tout petit programme de méthadone qui était ouvert en 1989.

J'ai dirigé ce programme pendant sept ans, ensuite j'ai essayé de faire des choses à l'international avec Médecins du Monde. Après, j'ai quitté l'association Médecins du Monde, puis, pendant près d'un an, j'ai recommencé à travailler comme médecin addictologue. J'ai travaillé d'abord dans un CST qui se trouve à Montreuil en Seine Saint-Denis, ensuite j'ai travaillé à l'Hôpital Paul Brousse où il y a un gros service d'addictologie. Et puis là-dessus quelqu'un m'a proposé d'aller travailler dans un Centre Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) en Seine Saint-Denis. C'est ce que j'ai fait depuis trois ans, je suis entré depuis début 2010 et puis finalement j'ai pris la Direction de cette structure il y a quelques mois.

Il y a deux ans, à l'occasion d'un colloque qui a lieu tous les deux ans en France qui s'appelle THS (Toxicomanie Hépatites Sida), j'ai rencontré Sandra Perrot que je ne connaissais pas et Gilles Raguin que je connaissais depuis longtemps parce qu'il était à Médecins du Monde. Ils m'ont parlé du projet UDSN et aussi ils m'ont demandé s'il m'intéressait d'y participer. Je pense que c'est Pierre Marie Girard, parce que je travaillais une demi-journée par semaine dans son service, qui a suggéré mon nom. Je suis parti au Sénégal pour la première fois en Avril 2012. On m'a proposé de venir travailler spécifiquement sur le Programme Méthadone parce que c'est vrai que j'avais ouvert un programme méthadone à Paris en 1994 et je commence à avoir une expérience relativement longue des traitements de substitution ce n'est pas seulement de la méthadone » (Bertrand).

« J'interviens dans le champ de la RDR depuis 1994. J'ai initialement une formation d'éducateur spécialisé. Je suis actuellement chef de service d'un centre d'accueil et d'accompagnement à la RDR qui se trouve en Seine Saint Denis en banlieue parisienne. C'est un service qui date de 1997 et j'occupe le poste de chef de service depuis quatre ans et demi maintenant. J'ai fait les petits métiers avant, j'ai travaillé avec d'autres publics comme des enfants, toujours dans le cadre d'éducateur spécialisé, j'ai travaillé avec des handicapés physique ou mental, j'ai fait un certain nombre d'année et assez rapidement s'est imposé à moi l'intérêt que j'ai pour le public usagers de drogues en ce sens que j'ai toujours travaillé avec des gens qui était à un moment de leur vie dans des épisodes de consommation, que ça soit des usagers de crack dans le 18^{ème}, que ça soit des usagers de drogues de synthèse dans les festivals de techno, ou que ça soit le mélange des deux dans d'autres structures. J'habitais dans l'arrondissement qui s'appelle le 18^{ème} qui historiquement est très investi par les usagers de drogues. J'ai sollicité Médecin du Monde à l'époque pour travailler dans un des premiers programme d'échange de seringue comme bénévole. Ce travail m'a permis de voir qu'il y a des professionnels qui réfléchissent sur la réduction des risques qui moi me satisfait pleinement. Je soutiens l'abstinence mais je sais qu'il y a beaucoup d'usagers qui dans leur vie ne savent pas le faire.

J'ai connu UDSEN il y a peu de temps en ce sens que c'est le Dr Lebeau qui m'a sollicité dans le cadre de la mise en place du CEPIAD à Dakar car il souhaitait profiter de mon expertise quant au travail de réduction des risques et notamment dans la réduction des risques dans la rue. Il m'en a parlé cinq mois avant que ne soit sollicité par ESTHER. Je suis parti à Dakar pour la première fois en octobre 2012. Après j'ai rencontré Annie Leprêtre que je connaissais de nom parce qu'elle est intervenu dans des associations qui étaient proche soit physiquement soit éthiquement et c'est avec elle que j'ai mieux compris le projet. Quelque temps après mon entretien avec Annie, je suis parti à Dakar pour la première fois. Mon travail consiste faire de l'accompagnement d'un certain nombre de professionnel dans leur mission. J'emploie le terme de soutien et accompagnement, c'est les deux axes de mon intervention qui me semblent le plus adapté » (Lionel).

Le recours à l'expertise étrangère est expliqué, par les acteurs locaux, par le manque d'experts, au niveau national et dans la sous-région ouest africaine, dans le domaine des addictions et de la RDR. Le centre de prise en charge des addictions de Dakar, incluant un traitement de substitution aux opiacés, est le premier du genre en Afrique de l'ouest.

12.4.2. Les objectifs du CEPIAD

Le CEPIAD, construit à l'intérieur du CHUN de Fann, annexé à la clinique psychiatrique Moussa Diop, est inauguré le 1^{er} décembre 2014 à l'occasion de la journée mondiale du sida. Il s'inscrit dans la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le sida 2013-2017 du Sénégal ainsi que dans son adaptation au nouveau modèle de financement du Fonds Mondial prenant en compte la période 2014-2017, qui vise notamment la réduction des nouvelles infections et l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH ainsi que des personnes les plus exposées au risque dont les usagers de drogues injectables. De façon générale, l'objectif du CEPIAD est d'offrir une prise en charge ambulatoire globale aux personnes dépendantes de substances psycho-actives dans le respect de leurs droits humains⁶⁹. Les orientations du CEPIAD se déclinent prioritairement pour les usagers de drogues injectables mais le centre est également ouvert aux personnes présentant des addictions à d'autres substances. Par ailleurs, le CEPIAD, premier centre consacré aux addictions en Afrique de l'Ouest, a également une vocation nationale et régionale de formation et de recherche sur cette thématique (CEPIAD, 2014). Le CEPIAD a plusieurs objectifs spécifiques parmi lesquels :

- Assurer un accès à la prévention, aux soins, aux traitements et au soutien aux personnes présentant des addictions aux substances psycho-actives et en particulier aux usagers de drogues injectables
- Favoriser la réduction de la consommation de drogues
- Améliorer la situation sanitaire et sociale des usagers de drogues injectables
- Favoriser le traitement des affections somatiques ou psychiatriques co-morbides chez les usagers de drogues injectables
- Prévenir les risques de contaminations virales VIH et Hépatites
- Favoriser la réinsertion sociale, familiale et professionnelle des usagers de drogues
- Assurer aux femmes un accès au traitement à parité avec les hommes
- Assurer des modules de formation en addictologie

69 CEPIAD, 2014, « Présentation générale du Centre de prise en Charge Intégré des Addictions ».

- Assurer des activités de recherche permettant d'améliorer la prise en charge des personnes présentant des addictions

12.4.3. Les services offerts

Le CEPIAD met à la disposition des usagers de drogues un certain nombre de services que comprennent⁷⁰ :

- Le traitement de substitution aux opiacés (TSO) qui a comme objectif la diminution de la consommation d'opiacés mais également la réduction et l'abandon des conduites à risque infectieux associés, la réinsertion sociale et la qualité de vie
- La prise en charge troubles somatiques et psychiatriques liés aux addictions
- Prévention, diagnostic et traitement du VIH et des hépatites virales B et C
- Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)
- Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose (TB)
- Programmes d'échange de Seringues (PES) dans le cadre de la démarche de réduction des risques infectieux qui vise à mettre à la disposition des usagers du matériel d'injection stérile et du matériel servant à la préparation de l'injection.
- Programmes de distribution de préservatifs pour les CDI et leurs partenaires sexuels
- Communication pour un changement de comportement (CCC), ciblée sur les CDI et leurs partenaires sexuels
- Appui et soutien psychologique et social
- Protection des droits humains
- Appui à la réinsertion socio-professionnelle, activités occupationnelles et de redynamisation

70 CEPIAD, 2014, *idem*

12.4.4. La composition des ressources humaines du CEPIAD

Le personnel du CEPIAD est constitué d'une équipe pluridisciplinaire composé de médecins addictologues, pharmaciens, infirmiers, psychologue, assistants sociaux qui assurent la prise en charge au niveau du centre. Ce personnel est soit recruté ou détaché pour exercer ses fonctions à temps plein ou sous forme de vacations. Le personnel bénéficie de formations initiales et continues assurée grâce au soutien du CRCF, d'Expertise France, de l'ONU/DC/OMS et autres partenaires. Le besoin minimum en personnel pour un fonctionnement 7/7 jours du centre (en dehors de l'équipe de terrain) est le suivant :

- médecin addictologue: 1,5 Équivalent Temps Plein (ETP)
- médecin somaticien: 0,5 ETP
- pharmacien: 0,5 ETP
- infirmière : 1,5 ETP
- psychologue : 0,5 ETP
- art thérapeute : 0,5 ETP
- biologiste : 0,5 ETP
- assistant social: 1 ETP
- éducateur spécialisé: 2 ETP
- animateurs: 2 ETP
- gardien: 1,5 ETP
- femme de ménage: 0,5 ETP

En dehors de cette équipe « fixe » une équipe de terrain constituée d'une dizaine de personnes travailleuses sociales et médiatrices impliqués depuis la fin de l'enquête de faisabilité a servi dans la recherche d'usagers de drogues dans la région de Dakar. À la fin de l'enquête UDSEN, l'équipe de terrain inclus des pairs usagers de drogues et fait un travail de proximité de réduction des risques et d'accès aux soins envers les usagers de drogues.

12.4.5. L'organisation générale des différents espaces du CEPIAD

La description de l'organisation de l'espace se réfère au document principal du CEPIAD (2014) qui définit les différents espaces et en fixe les normes de fonctionnement.

12.4.5.1. L'Accueil

L'accueillant, première personne de contact à l'entrée du CEPIAD, évalue la demande, explique le fonctionnement du centre et oriente les usagers du service. Il est choisi sur la base de ses qualités relationnelles, d'écoute, d'organisation et de discrétion. Il est idéalement du ressort d'un éducateur spécialisé ou d'un animateur pair relais.

12.4.5.2. L'espace addictologie

Sous la responsabilité de médecins ayant des compétences en addictologie, cette unité a pour objectif d'évaluer l'addiction des usagers (produit consommé, rythme et mode de consommation, etc..) et les éventuelles co-morbidités psychiatriques. Il a aussi pour rôle de promouvoir la réduction de comportements à risque pour la santé, d'informer sur les possibilités thérapeutiques et de rechercher une alliance thérapeutique avec le patient. Il a la responsabilité de prescrire la méthadone ainsi que de l'évaluation et du suivi des patients sous méthadone.

12.4.5.3. L'espace médical

Cette unité a pour objectif d'évaluer l'état de santé global, de réduire les comportements à risque pour la santé, de dépister les pathologies somatiques fréquemment rencontrées chez les usagers (VIH, hépatite virale B et C, tuberculose, IST) et de traiter ou référer le patient pour traitement selon les pathologies diagnostiquées. En dehors du médecin consultant, un accès à une salle de soins dans laquelle des actes infirmiers pourront être effectués (pansements, abcès, petite chirurgie) est disponible.

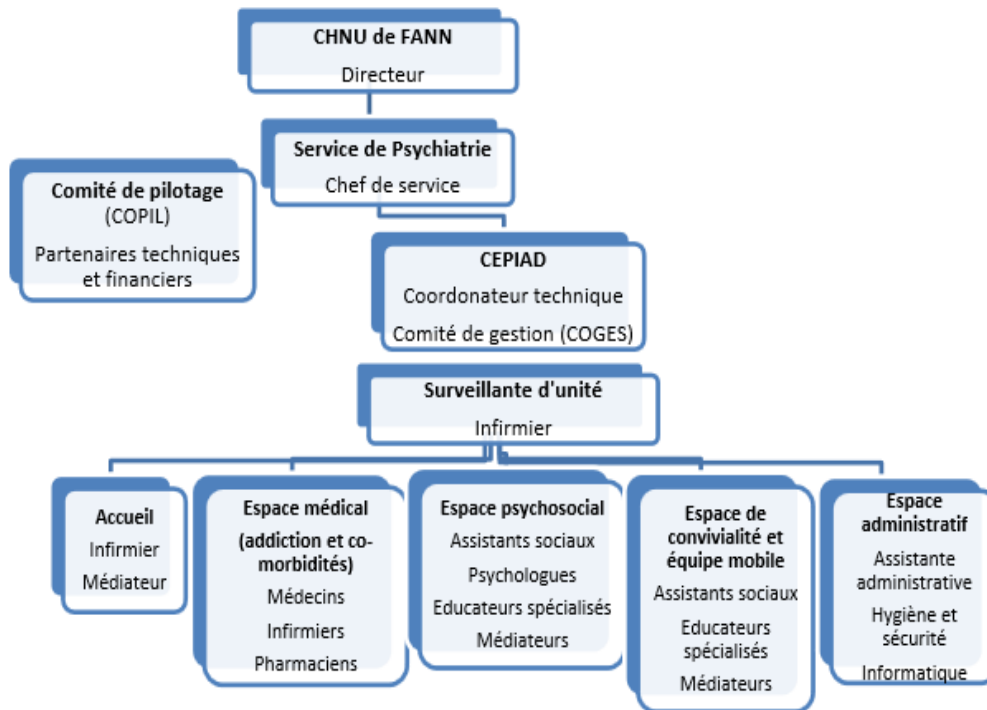
12.4.5.4. L'espace psychosocial

Le but de cette unité est dans un premier temps de déterminer les besoins psychosociaux des usagers et de construire un accompagnement psychosocial personnalisé se situant à différents niveaux selon les besoins des usagers et leur personnalité propre. En s'appuyant sur des interventions communautaires, cet accompagnement répond à des besoins de première nécessité (nourriture, hygiène etc..) ou des besoins dans le cadre de la formation, la recherche de travail, l'appui juridique. L'équipe psychosociale est composée d'assistants sociaux et autres travailleurs sociaux, de psychologue et de médiateurs pairs.

12.4.5.5. L'espace de convivialité, réduction des risques

Cet espace de convivialité est un lieu de rencontre privilégié pour les usagers permettant à la fois des activités de réduction des risques (information, distribution de matériel stérile, de préservatifs) et des activités de première nécessité (accès à des douches, repas communautaires, etc.). L'espace permet aussi aux usagers du service de s'occuper à travers plusieurs activités telles que l'informatique, la bibliothèque, l'atelier d'expression artistique ou art thérapie. Le CEPIAD offre également la possibilité de

12.5.6. L'organigramme du CEPIAD



Source : CEPIAD, Document interne du référentiel organisationnel des acteurs et services du CEPIAD, 2014

12.5. Une terminologie émergente

La mise en place du dispositif de traitement des usagers de drogues s'est accompagnée avec un jargon qui emploie de nouveaux termes pour désigner les usagers de drogues, les composantes et la démarche du traitement, et constitue la base linguistique de la sous-culture en cours d'élaboration dans cette institution d'addictologie comme parmi les acteurs en rapport avec elle.

12.5.1. Addiction

D'un point de vue scientifique et médical, les addictions sont des pathologies psychiques définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des

conséquences délétères⁷¹. Les addictions les plus répandues concernent le tabac (nicotine) et l'alcool. Viennent ensuite le cannabis et, loin derrière, les opiacés (héroïne, morphine), la cocaïne, les amphétamines et dérivés de synthèse. Il existe également des addictions liées à des activités (et non à des substances), comme les jeux d'argent, les jeux vidéo, le sexe ou encore les achats compulsifs⁷².

L'Institut Nord-Américain des drogues dénommé National Institute of Drug Abuse (NIDA) en donne la définition suivante: « L'addiction est une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsifs de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives ». Le diagnostic de l'addiction (ou dépendance) repose sur des critères bien définis, fixés par des instances internationales de santé mentale et répertoriés dans un manuel intitulé le « Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM) », dont la cinquième édition date de 2013. Parmi ces critères il y a la perte de contrôle de soi, l'interférence de la consommation sur les activités scolaires ou professionnelles, ou encore la poursuite de la consommation malgré la prise de conscience des troubles qu'elle engendre⁷³.

12.5.2. Consommateur de drogues injectables (CDI)

L'expression *consommateur de drogues injectables* remplace désormais les termes de « drogués » et « toxicomane », jugés péjoratifs et qui, selon l'ONUSIDA, font plus penser à une exclusion qu'ils n'évoquent la confiance et le respect (ONUSIDA, 2011). L'expression désigne toute personne qui consomme une drogue qui peut potentiellement être injectée. Elle est souvent confondue avec l'expression *consommateurs de drogues par injection*, du fait de la même abréviation (CDI). Le terme injectable fait référence au risque potentiel d'infection par injection et inscrit les usagers de drogues dans une catégorie de vulnérabilité au sida.

71 <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>

72 <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions>, consulté le 18 août 2016 à Dakar.

73 <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>, consulté le 18 août 2016 à Dakar.

12.5.3. Syndrome de dépendance

La 10^e Révision de la Classification statistique internationale (CIM-10) des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) définit le syndrome de dépendance comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement⁷⁴.

12.5.4. Syndrome de sevrage

Ensemble de symptômes qui se regroupent de diverses manières et dont la gravité est variable; ils surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et habituellement prolongée ou massive. Le syndrome peut s'accompagner de signes de désordre physiologique. Le syndrome de sevrage est l'un des indicateurs d'un syndrome de dépendance. Il s'agit également de la caractéristique essentielle de la «dépendance», sous son acception psychopharmacologique plus limitée.

Le syndrome de sevrage aux opiacés s'accompagne de rhinorrhée (écoulements nasals), de larmoiements (formation excessive de larmes), de douleurs musculaires, de frissons, d'une piloérection et, sous 24 à 48 heures, de crampes musculaires et abdominales. Le comportement de recherche compulsive est très marqué et persiste après la diminution des symptômes physiques⁷⁵.

74 http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/

75 http://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/

12.5.5. Substitution

Le traitement de substitution est une forme de prise en charge thérapeutique proposée à des personnes dépendantes aux opiacés (essentiellement des usagers d'héroïne) basée sur une substance analogue ou identique à la drogue normalement consommée. Ce traitement peut prendre deux formes différentes⁷⁶ : la maintenance qui consiste à procurer au sujet une dose suffisante de la substance pour réduire tout comportement ou risque dangereux ; la désintoxication qui consiste à réduire progressivement la quantité jusqu'à suppression complète de la consommation.

Le verbe *substituer* quant à lui veut dire mettre quelque chose ou quelqu'un à la place de quelque chose ou de quelqu'un d'autre pour faire jouer le même rôle. Dans le domaine des drogues, cette définition de la substitution pourrait donc être interprétée comme l'utilisation d'un produit à la place de la drogue pour faire jouer le même rôle (Cousineau D.F. et Gariépy M.H., 2000). Les objectifs des traitements de substitution sont définis par la circulaire du 31 mars 1995 par trois axes. Un axe thérapeutique, à visée « curative », les objectifs étant de favoriser l'insertion dans un processus thérapeutique et de faciliter le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique. Le second axe concerne la prévention et la réduction des risques, le traitement de substitution devant aider à la réduction de la consommation de drogues issues du marché illicite et favoriser un moindre recours à la voie injectable. Le dernier un axe, social, consiste à contribuer « à l'insertion sociale » des usagers dépendants. (OFDT, 2003).

Dans une perspective critique, Jacques J.-P. et Figiel C. (2006) écrivent que la substitution peut être envisagée comme une technique médicale parmi tant d'autres (...) ou comme une diablerie qui détourne malades et soignants du seul objectif admissible, l'abstinence.

76 Traitements de substitution, Centre de Conseil et de Documentation, Lille, mai 2009, in <http://www.istnf.fr>, consulté le 29 Février 2012.

12.5.6. Méthadone

« Au début des années 60, deux médecins américains, Vincent Dole et Mary Nyswander, constataient que des patients qui étaient de vieux héroïnomanes qui étaient motivés pour arrêter, quelle que soit l'aide qu'on leur apportait,[...] finissaient par rechuter. Ils ont compris que la raison pour laquelle ils rechutaient est qu'ils avaient ce qu'on appelle un syndrome déficitaire qui se manifestaient principalement par des troubles du sommeil, extrêmement importants et des troubles anxiodépressifs, ce syndrome déficitaire était suffisamment lourd pour les faire rechuter, les faire consommer de l'héroïne, ils ont fait une hypothèse qui était que peut-être ces personnes qui avaient consommé pendant très longtemps avaient eu des modifications dans le mécanisme de fonctionnement cérébral et pour reprendre la métaphore de l'époque qui déplaît souvent parce qu'elle est à moitié juste mais tout de même, *de même qu'il faut de l'insuline à un diabétique, il faut un opiacé aux héroïnomanes* » (Lebeau).

La méthadone est le médicament de substitution employé pour les usagers de drogues au Sénégal. Ce médicament contient une substance proche de la morphine. Chez le toxicomane à l'héroïne ou aux autres opiacés, il permet de supprimer les symptômes du manque qui surviennent lors de la privation de drogue, et qui sont en grande partie à l'origine de la dépendance. Il est utilisé chez les toxicomanes comme produit de substitution aux opiacés. Sa prescription complète une prise en charge médicale, sociale et psychologique, indispensable pour limiter le risque de rechute⁷⁷.

12.5.7. Réduction des Risques

Le principe global de la réduction des risques peut être résumé ainsi :

Mieux vaut ne jamais consommer les drogues injectables ; si on doit en consommer, mieux vaut ne pas les injecter, si on doit les injecter, mieux vaut changer de seringue.

Ce terme renvoie à un ensemble complet de politiques, programmes et approches visant

77 <http://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gf590001-METHADONE-CHLORHYDRATE.html>

à réduire les conséquences économiques, sociales et sanitaires néfastes de la consommation de substances psychoactives (ONUSIDA, 2015). Le terme « réduction des risques » fait son apparition en France dans le champ des toxicomanies au début des années quatre-vingt-dix (Wieviorka, 1996). C'est une traduction approximative de l'expression anglaise « harm reduction », dont le sens littéral est plutôt « réduction des effets nuisibles sur la santé », ou encore « réduction des dommages » (sous-entendu « causés par l'usage des drogues »). La réduction des risques (RDR) est une démarche qui s'adresse aux usagers actifs de drogues qui privilégie des stratégies de soin et de prévention visant à limiter au maximum les risques sanitaires (infections, abcès...) et sociaux (exclusion, précarité...) ⁷⁸. Les Pays-Bas ont la paternité incontestée du concept et de la mise en place de la première politique revendiquée de réduction des risques envers les toxicomanes, et ceci avant même que l'épidémie de sida ne se développe dans cette population (Wieviorka, 1996).

Le principe de la réduction des risques est l'établissement d'une hiérarchie de buts visant à minimiser les formes de détresses liées à la toxicomanie. Il implique que l'abstinence ne peut être retenue comme le seul but de la politique en matière de drogue. En résumé, suivre une stratégie de réduction des risques consiste à appliquer une politique du moindre mal (Lucas et Sandro, 1999). Mino en insistant sur la notion de contexte juridique et culturel écrit que : « les stratégies de réduction des risques peuvent être définies comme toutes les actions individuelles et collectives, médicales, sociales, visant à minimiser les effets négatifs liés à la consommation des drogues dans les conditions juridiques et culturelles actuelles » (Mino, 1994).

Dans un entretien avec Annie Leprêtre, elle disait que : « comme l'accès aux soins est la première marche, la chose que tu peux faire pour l'accès aux soins pour les usagers de drogue c'est la réduction des risques ; c'est [...] réduire les risques pour que les gens puissent rester vivants et arrêter de se droguer. [...] Si on veut résumer la chose c'est vraiment ça, qu'il y ait moins de dommages avec l'idée que moins les gens sont abimés

78 Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, Document réalisé par le Crips Île-de-France et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), État des connaissances : juillet 2009, in <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1236.pdf>, consulté le 28 Février 2012 à 14H.

plus ils vont s'en sortir plus facilement ». C'est ainsi que dans le traitement des usagers de drogues à Dakar, le concept de réduction des risques est mobilisé dans les propos pour définir l'idée sous-jacente à un programme d'échange de seringue.

12.5.8. Programme d'échange de seringue

Les programmes d'échange de seringues (PES) sont des structures qui mettent à disposition des usagers de drogues injectables du matériel d'injection stérile (gratuitement ou non) dans le but de réduire la transmission des virus et autres infections liée au partage de matériel de consommation. Ils offrent également du matériel servant à préparer l'injection (filtres, eau, récipients pour le mélange) ou la consommation de drogues sans injection (pailles/pipes à crack, feuilles d'aluminium...)⁷⁹. L'échange, comme son nom l'indique, oblige à présenter des aiguilles déjà utilisées pour en obtenir des neuves, ce qui a entraîné des incidents. L'un et l'autre terme désignent des programmes qui visent à améliorer la disponibilité du matériel d'injection stérile (ONUSIDA 2015)

12.5.9. Seuil d'exigence

Le seuil désigne l'obstacle à franchir pour entrer, pour être admis dans une maison, dans une communauté, dans une institution. Dans l'histoire des institutions d'aide aux « toxicomanes », à l'origine prévalait l'idée que les candidats étaient manipulateurs et peu sincères. Il paraissait légitime de sélectionner les rares cas de candidats bien motivés. Historiquement, les premières institutions créées étaient à « haut seuil d'exigence » en termes d'abstinence à l'égard des drogues illicites, en termes de régularité de fréquentation, de ponctualité au rendez-vous et de respect des recommandations émises par le thérapeute ; en cas d'absence de respect des conditions imposées, la sanction ultime était invariablement l'exclusion. Un contrat thérapeutique formalisait ce rapport de soumission du patient et des exclusions, parfois brutales, étaient prononcées. Dans un deuxième temps, à partir de la fin des années 1980, des critiques apparurent à l'égard de ces modèles autoritaires et certaines institutions s'en

79 <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/87/?sequence=17>

inspirèrent pour revisiter leurs pratiques. Si des exclusions sont encore prononcées, elles sont appliquées avec le souci de la continuité des soins (Jacques et Figiel, 2006).

Les services à « bas seuil » sont conçus pour maximiser le contact et l'accès en n'exigeant pas des clients qu'ils cessent d'utiliser des substances, en se déplaçant vers les lieux où les utilisateurs de substances se réunissent. Ils offrent des services de passage plutôt que sur rendez-vous, n'exigent pas des clients qu'ils déclinent leurs identités et offrent des services de base de « survie » avec des heures d'ouverture commodes (ONU, Office contre la drogue et le crime, 2005).

Autour du terme « bas seuil d'exigence » sont regroupés les centres destinés aux usagers non abstinents, dispensant des services et pratiquant l'écoute et l'échange de seringues. À côté des centres « bas seuil », les centres « haut seuil d'exigence » regroupent les centres de cures, mais aussi la plupart des centres de substitution (Le Naour, 2005). La méthadone y est prescrite de façon individualisée, dans un cadre strict où délivrance et prise sont contrôlées. L'administration du produit de substitution est quotidienne ou, du moins, satisfait à un schéma rigoureusement prescrit, souvent dans le cadre d'un contrat. Le sujet s'astreint à une abstinence totale d'opiacés ou d'autres substances psychoactives illicites ou licites. Si les contrôles urinaires sont positifs, le sujet peut être exclu du programme de soins. L'arrêt de la consommation des substances psychoactives y est donc un préalable. La stratégie de « haut seuil » sélectionne des patients acceptant ces contraintes, et donc parvenus à un point avancé de leur trajectoire.

12.5.10. Auto-support

La notion d'usagers-participant à sa prise en charge apparaît davantage à travers l'auto-support. Il peut être défini comme une volonté des patients de mettre l'accent sur leur expérience et leur autonomie pour se soigner, s'aider ou défendre leurs droits. Le terme auto-support est une traduction de l'anglais « self-help ». (Jaufret., 2000).

Dans son acception générale, le terme désigne selon De Katz et Bender «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 et Jauffret, 1997).

La participation des usagers des drogues à la prévention à trois dénominations différentes : éducation de pairs, auto-support et enfin auto-organisation. C'est pourquoi, pour des raisons de commodité sémantique, l'expression « self-help » est substitué en France par celui d'auto-support qui permet d'intégrer à la fois les expressions anglo-saxonnes de « self-help », de « self-organisation » et self-support » (Jauffret, 2000).

L'éducation par les pairs fait partie intégrante de la philosophie de l'auto-support. Elle est aussi appelée « éducation horizontale ». C'est une méthode d'intervention sociale qui stipule que les membres issus d'un groupe ou d'une communauté donnés sont, par leur connaissance des codes, des langages et de la psychologie desdits groupes et communautés, les plus aptes à éduquer les membres de ces groupes ou communautés dans le sens requis (Toufik et Jauffret, 1997).

12.5.11. Empowerment

Dans son sens le plus général, l'empowerment désigne la capacité des gens de mieux comprendre et de mieux contrôler les forces personnelles, sociales, économiques et politiques qui déterminent leur qualité de vie, dans le but d'agir pour améliorer celle-ci. (Doumont et Aujoulat, 2002). Dans le contexte français, la notion est rapprochée de celui de développement social. En effet, l'idée d'empowerment, issue de la culture politique américaine, se traduit difficilement, ce qui n'exclut pas son utilité ailleurs. Dans le contexte de l'action publique française au niveau local, le développement social se présente à la fois comme une finalité et comme un processus tendant à accroître la participation active des habitants dans la vie de la cité, à réduire les inégalités et à lutter contre les exclusions (Dane, 2006). Quand on parle d'empowerment, on peut se référer à différents niveaux d'analyse et de pratique, en particulier l'individu, l'organisation ou la communauté. L'empowerment de l'utilisateur de drogue (particulièrement de l'individu usager) est celui qui nous intéresse ici. Il désigne la capacité d'un individu à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle. Comme le sentiment

d'efficacité ou l'estime de soi, l'empowerment met l'accent sur le développement d'une représentation positive de soi-même (self concept) ou de ses compétences personnelles. (Doumont et Aujoulat, 2002).

Conclusion

La description du processus de médicalisation de l'usage de drogues au Sénégal laisse apparaître une multitude d'acteurs qui se sont impliqués au fur et à mesure que le dispositif se met en place. L'implication d'auteurs Européens est notée dès les débuts du processus et est décrite comme le point de départ du programme de traitement en cours au Sénégal. Cela témoigne d'une diffusion des pratiques de traitement des usagers de drogues en Afrique à partir de l'Europe.

La description du processus montre également le rôle joué par les maladies infectieuses notamment l'infection par le VIH. Elle a été le prétexte de la mise en place d'un programme de traitement pour les usagers de drogues, définis comme groupe « vulnérable ». L'entrée par le VIH pour traiter l'usage de drogues se lit aussi à travers la ressource humaine mobilisée qui, en grande partie est composé de professionnels du sida. L'influence du VIH apparaît aussi dans les pratiques par la priorité donnée au programme d'échange de seringue dans le package de la RDR de l'OMS.

Le processus de médicalisation de l'usage de drogues fait émerger un nouveau jargon avec des termes pour désigner les usagers de drogues ainsi que les composantes de leur traitement. Les termes comme addiction et auto-support, axés sur les bénéficiaires du traitement, indique une manière spécifique de les considérer, et peuvent avoir un effet sur les perceptions de cette population. Le jargon est vulgarisé dans le CEPIAD, chez les usagers de drogues et lors des formations d'acteurs impliqués dans le traitement des drogues au Sénégal. Le chapitre qui suit montre comment les termes sont appropriés ou rejetés par les différents acteurs concernés (associatifs, soignants, forces de l'ordre).

CHAPITRE 13

RÉACTIONS SOCIALES DES ACTEURS IMMÉDIATS

Introduction

Le processus de médicalisation a mobilisé un certain nombre d'acteurs appelés à plusieurs niveaux, dans le cadre du traitement ou des formations. Ces acteurs, que nous qualifions *d'immédiats*, sont directement impliqués dans le processus, connaissent le dispositif de traitement pour les usagers de drogues et ont des appréciations là-dessus. Les données qui servent de base à ce chapitre sont issues d'observations de plusieurs formations des acteurs impliqués dans le traitement des usagers de drogues à Dakar mais aussi d'entretiens semi-structurés avec sept personnes au Centre de Prise en Charge Intégré des Addictions, à savoir :

- Saliou, homme de 31 ans, infirmier d'État ;
- Sara, femme de 40 ans, infirmière d'État et membre de l'équipe de terrain ;
- Cheikhna, homme de 30 ans, assistant social ;
- Sokhna, femme de 40 ans, préparatrice en pharmacie ;
- Abdou, homme de 34 ans, médecin psychiatre ;
- Fatou, femme de 34 ans, docteur en pharmacie ;
- Véro, femme de 53 ans, ex-usagère de drogues, chargé de l'accueil.

13.1. La formation des acteurs du traitement des usagers de drogues

Le processus de médicalisation de l'usage de drogue inclut une formation en toxicomanie des intervenants et des professionnels de soins impliqués dans le traitement psychiatrique des usagers notamment en psychiatrie. Les autorités juridiques ainsi que les forces de l'ordre chargés de l'aspect répressif de la consommation et du trafic de drogues sont également ciblés par la série de formations financé par ESTHER (devenu Expertise France). Celle-ci contribuent à initier les acteurs impliqués dans les traitements (médicaux, juridiques, psychiatriques, associatifs), à l'addictologie, aux risques infectieux encourus par les UD, à la réduction des risques incluant un programme d'échange de seringues et de traitement de substitution. L'objectif général des formations aux acteurs étant de les amener à changer de perceptions et de pratiques concernant les usagers de drogues.

À la suite de l'enquête UDSSEN et dans le cadre du projet de mise en place d'un centre de traitement pour les usagers de drogues, des formations ont été organisées et déroulées sous forme de modules pour chaque type d'acteurs. Le premier module de formation organisé en avril 2012 a ciblé une trentaine d'associatifs et deux UD ; le second module organisé en octobre 2012 a réuni 13 paramédicaux, 8 médecins, 28 associatifs, 2 usagers de drogues et 4 personnes non identifiées. Ces deux premiers modules se sont déroulés à l'institut d'hygiène sociale (IHS) et ont également ciblé le Comité Interministériel de Lutte contre les Drogues (CILD), représenté par un inspecteur. Deux autres modules ont été organisés pour les forces de l'ordre en février 2015 et en avril 2016 au CEPIAD. Une quinzaine de participants, en plus d'un inspecteur responsable à l'Office Centrale de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (OCRTIS) ont été ciblés pour chaque module.

Toutes ces formations ont été financées par Expertise France et organisées par les responsables (addictologues, psychiatres sénégalais et français) du projet UDSSEN. Les thématiques discutées lors des différents modules concernent les addictions, les enjeux et risques sanitaires, les approches thérapeutiques, les conséquences socio-sanitaires de

l'usage des drogues, la réduction des risques et la présentation des résultats UDSEN. En plus de ces thèmes, les aspects juridiques de l'usage des drogues au Sénégal ont aussi été discutés par l'inspecteur responsable de l'OCRTIS lors du dernier module de formation destinée aux forces de l'ordre. Les présentations étaient souvent précédées de brainstorming sur les perceptions des UD et du traitement et sur les expériences thérapeutiques des participants. Des discussions étaient ouvertes après chaque présentation et les modules se terminaient par un témoignage d'UD.

13.2. Les perceptions des usagers et du programme de RDR par les participants

Les modules de formations ont été un cadre d'échange d'expériences et de pratiques entre différents acteurs du traitement des usagers de drogues. Les participants ont aussi partagé leurs perceptions sur les usagers de drogues et sur leur traitement. Les données qui sont présentées dans cette section sont issues des propos recueillis lors des brainstormings, des données d'observation que nous avons effectuées lors des formations, des évaluations et des comptes rendus des journées de formation.

13.2.1. Chez les paramédicaux

Les paramédicaux, invités à donner leurs perceptions sur les usagers de drogues, ont développé des propos culpabilisants à l'endroit des usagers de drogues qu'ils considèrent comme responsables de leur dépendance.

« L'usage, c'est un défaut puisque ce n'est pas normal de prendre la drogue »

« Je pense la même chose, il y a une peur, un complexe derrière tout usage »

« C'est un manque de foi, car un croyant ne va jamais être dépendant. Moi en face de lui je lui aurais dit c'est interdit par toutes les religions, il faudrait essayer d'arrêter ».

Ces réactions ont suscité une réponse de la part d'un usager de drogue participant à la formation. Il défendait l'idée selon laquelle le fait de parler ainsi des usagers est le signe d'une absence de connaissance de la situation de leurs situations. Il écarte l'idée de

faiblesse en disant que tout usage est entériné par une circonstance : « c'est toujours, dit-il, une circonstance qui nous entraîne dans les drogues ». Il répond également à la question de l'absence de foi qui serait la source de la consommation de drogues : « si on parle de foi, ajoute-il, c'est un faux problème, nous côtoyons des usagers issus de grandes familles religieuses ». Dans ce même sens, une formatrice prend la parole pour montrer que cette posture selon laquelle les gens pensent et disent que telle ou telle chose n'est pas bon, c'est pour mieux se rassurer : « si on trouve moins bien, dit-elle, cela rassure ».

La formation des paramédicaux a été également le moment où des cas cliniques ont été simulés pour susciter des réactions des participants. Pour certains, il s'agissait des cas qu'ils rencontraient souvent dans les structures de traitement. Pour d'autres, il s'agissait de cas nouveaux parfois jugés difficiles comme le laissent entendre ces propos d'une participante : « fii, lu ne nga fiy degg » (« ici, tu entendras du n'importe quoi »). Cette affirmation traduit non seulement une idée de découverte d'une situation inconnue, mais elle décrit en même temps l'idée de « cas difficile à traiter ». Les participants pensent qu'il y a des cas pour lesquels aucune solution n'est envisageable. Cela a poussé d'autres à dire que le traitement des usagers de drogues doit mobiliser plusieurs acteurs. « Dans l'accompagnement, dit un participant, on a souvent tendance à négliger le côté religieux, il faut impliquer l'imam. Si on se contente que de médicaments, cela peut poser problème ».

13.2.2. Chez les médecins et pharmaciens

Chez les médecins et pharmaciens, la question sur les perceptions des usagers a suscité des débats à plusieurs niveaux. La première réaction d'un médecin était de dire que « l'usager est quelqu'un qui se détruit et détruit son environnement. Il est toujours amené en consultation par un tiers alors qu'il dit toujours qu'il n'a rien et que tout va bien ». Selon les participants, cette situation où l'usager dit qu'il n'a rien est la fréquente et la plus difficile à gérer. Ces cas, disent-ils, les mettent dans une situation où il est difficile de faire des résultats. Ils ont le sentiment d'impuissance car, disent-ils, ils ne sont pas assez outillés pour gérer ces cas et ils les poussent à développer des attitudes

d'antipathie. Les participants laissent entendre que c'est en fonction de l'attitude des patients usagers de drogues qu'ils définissent le type d'intervention qu'ils lui offriront. « Moi, affirme un participant, j'ai l'impression qu'ils manquent d'ambition, de volonté à aller de l'avant. Ils ne m'inspirent pas une sympathie. Parfois ma disponibilité et mon engagement dépendent de leurs comportements. Si j'aperçois qu'il a envie d'aller de l'avant, je collabore ».

L'affirmation la mieux partagée chez les médecins pour qualifier le traitement des usagers de drogues est la suivante : « Ce n'est pas facile ». L'expression revenait souvent pendant les ateliers de groupe sur les attitudes à tenir face à des cas de demande de traitement. Elle qualifie également, selon les participants, le comportement des usagers dans les structures de traitement. C'est ainsi qu'un participant disait : « le grand problème avec les addicts c'est qu'ils ne respectent jamais les cadres de travail, par A ou B ils vont les violer ». En définitive, l'expression « ce n'est pas facile » traduit la double difficulté des médecins traitant les usagers de drogues. D'une part, elle exprime leur sentiment d'incapacité de traiter une personne parce qu'elle ne se « sent pas malade » et parce qu'ils n'ont pas d'outils et de ressources pour traiter l'addiction. D'autre part, elle expose les difficiles relations soignants/soignés avec les usagers de drogues qui adoptent des comportements que les médecins n'arrivent pas à gérer.

En ce qui concerne la méthadone qui est le médicament de substitution utilisé pour traiter les addictions à Dakar, deux préoccupations sont ressorties. La première, posée sous forme de question par un participant est la suivante : « quel est l'effet de la prise de méthadone par la femme enceinte sur son futur bébé ? La seconde, qui a soulevé un débat est celle de l'utilisation de la méthadone comme « substitut d'une dépendance par une autre dépendance ». Les formateurs ont réagi à cette question en expliquant d'abord que la méthadone est réservée à des gens qui ont une certaine expérience avec les drogues. Elle permet, ajoutent-ils, la réduction des risques et la possibilité, puisque la personne n'est plus « défoncée », de vaquer à ses occupations. Enfin les formateurs ont fait le point sur la distinction entre le médicament de substitution et le traitement de substitution. Le premier, selon eux, n'est que l'outil chimique dans le vaste corpus du traitement qui englobe plusieurs volets (médical, psychologique, social).

13.2.3. Chez les associatifs

L'interrogation avec les participants sur les perceptions des usagers a révélé à la fois des représentations mais aussi des attitudes qui en découlent le plus souvent. Les observations montrent que les associatifs intervenant dans le traitement des usagers de drogues sont partagés entre deux sentiments. Il s'agit d'une part d'un sentiment de pitié envers les usagers de drogues traités par certains comme des malades qu'il faut aider et, d'autre part, d'un sentiment de découragement de savoir qu'ils n'auront pas de résultat avec leur traitement. Ces perceptions aboutissent à une attitude de rejet de la personne face à qui les associatifs disent être « peu capable » d'aider. Un participant dit, après avoir constaté que son client est « difficile », qu'il lui a demandé « d'aller voir ailleurs ». Les associatifs acceptent difficilement de « rester tout le temps avec quelqu'un qui ne fait pas de résultat ». L'utilisateur de drogues est ainsi culpabilisé dans sa relation de soin puisqu'il est perçu comme « un raté, un vaut rien, quelqu'un qui manque de volonté ».

D'autres participants, tout en ayant un sentiment de découragement, essaient de répondre à la demande des usagers et de leurs familles. « Dans ma relation de prise en charge, dit un participant, j'essaie de prendre une distance avec ma subjectivité, il est venu chercher de l'aide, je l'appuie ». Cela laisse entendre que le traitement, malgré son potentiel échec, est un engagement que les associatifs disent avoir pris et doivent respecter. « Nous ne pouvons que continuer à aider, dit un participant, car nous nous sommes engagés ». D'autres participants disent qu'il est difficile de juger les usagers de drogues bien qu'au début de leur implication dans leur traitement, ils les jugeaient de délinquants mais ils n'ont pas aujourd'hui une réponse catégorique en ce qui concerne leur définition. Cette posture s'explique selon eux par le fait qu'il y a toujours une cause qui est à l'origine de l'usage des drogues. Cette attitude de neutralité s'est forgée, selon eux, au fil du temps en fonction de l'expérience acquise dans le traitement des usagers de drogues.

En ce qui concerne le programme de réduction des risques à Dakar, notamment la distribution des seringues aux usagers de drogues, les associatifs manifestent une peur que cela n'engendre des confusions au Sénégal. Ils pensent que le Sénégal n'est pas

encore prêt à accepter cette démarche et pensent qu'il faut beaucoup de communication et de sensibilisation. Un participant, manifestant sa peur de participer à un programme de RDR dit que : « je pense que la RDR est importante mais moi je suis hésitant. Si on me trouve avec les usagers on me dira que je le suis. Ils me mettront dans le même sac. Si on me prend là-bas et qu'on m'emprisonne, on dira qu'il était avec les usagers de drogues ». Par ces propos, il évoque le risque potentiel d'être arrêté mais aussi de subir les mêmes stigmates que les usagers de drogues. Un inspecteur du CILD présent à la formation explique aux participants le processus de mise sur pied d'une association. Il dit qu'avec la présentation des objectifs, de la cible et de la démarche, toute association peut bénéficier d'un statut juridique et être protégée.

13.2.4. Chez les forces de sécurité

La formation des forces de sécurité a été celle où les discussions ont été les plus animées et opposées entre médecins formateurs et les participants. La confrontation entre l'autorité médicale et l'autorité juridique a donné lieu à des oppositions d'idées, de propos et de pratiques en ce qui concerne les usagers de drogues. Au niveau conceptuel, les participants attirent l'attention des formateurs sur l'appellation distincte employée pour nommer les usagers de drogues.

« Vous, vous parlez de malade et nous, on parle de délinquants. Il y a des usagers qui ne sont pas malades. Vous distinguez les drogues selon leurs effets comme les dépresseur, hallucinogène, etc., pour nous c'est selon les produits ».

Cette différence de perception d'une même population est à l'origine de certains points de désaccord, notamment sur la distribution de seringue. Beaucoup de propos ont été noté sur ce point :

« Je suis contre la distribution de seringues, faites plutôt des campagnes de sensibilisation »

« La distribution de seringues n'est pas bon. La seringue ne coûte pas cher, il faut les sensibiliser à l'achat car ils ont le temps d'aller acheter leurs seringues »

« La distribution de seringues c'est comme armer une milice ou donner une arme à un voleur contre la population »

« C'est bien de montrer comment injecter mais, distribuer des seringues, je pense aussi que c'est pousser davantage à se procurer de la drogue, je pense que vous pouvez adopter d'autres méthodes »

Ces discours, ponctués par les oppositions entre « vous » et « nous », traduisent une différence d'approche en termes d'usage de drogues. Ils traduisent aussi une certaine distance entre les deux groupes qui, en respectant les principes de leurs professions, s'éloignent plus qu'ils ne se rapprochent l'un de l'autre. Cela se traduit dans ces propos d'un participant qui dit que : « Je ne peux pas comprendre que vous alliez sur le terrain pour distribuer des seringues aux drogués ; c'est une infraction. L'élément matériel de l'injection est la preuve de l'infraction et nous on l'utilise comme preuve. En distribuant des seringues, vous exposez les drogués en même temps ». Les participants ont attiré l'attention des médecins sur le fait que leurs activités auprès des consommateurs de drogues manquent de base juridique leur permettant de travailler sans contrainte.

« Le volet juridique de vos activités doit être encadré d'un maximum de garantie, il faut faire en sorte que vos activités soient conforme à la législation en vigueur au Sénégal. Au besoin proposer que certaines dispositions de la loi soient corrigées et impliquer la prochaine fois des magistrats »

« Il faut mettre en place les dispositions juridiques nécessaires afin d'avoir l'appui des autorités. »

« puisque nous avons tous la mission de la protection de la santé publique, essayons de créer une entente entre force de défense et de sécurité, la justice et le personnel de santé en organisant des ateliers de réflexion sur le cadre juridique pour ne pas viser que l'aspect répressif mais plutôt la réinsertion sociale ».

Les propos des forces de l'ordre montrent les différences dans la terminologie employée et dans l'interprétation de la démarche des acteurs sanitaires dans le cadre de la RDR. Le terme « drogué » est employé par les forces de l'ordre qui disent que tous les usagers ne sont pas des « malades ». Qui plus est, l'échange de seringues, considéré par le personnel médical comme une stratégie de prévention, est perçu comme une exposition de l'utilisateur de drogues au risque d'être arrêté et incarcéré. Les débats entre les médecins formateurs et les forces de l'ordre témoignent de la multitude des approches à propos de l'usage de drogues. Ces différences de vision et d'interprétation ont des effets sur le nouveau programme de traitement des usagers de drogues à l'œuvre à Dakar.

13.3. Les soignants du CEPIAD : Identification et mode d'intégration

14.3.1. Le profil des soignants enquêtés

Pour mieux comprendre les propos des soignants interrogés sur les drogues, les consommateurs ainsi que sur le dispositif, il semble important de décrire leur profil. Cette description inclut leur âge, sexe, profession et, s'il y a lieu, leur parcours professionnel avant d'arriver au CEPIAD.

Fatou

Femme âgée de 34 ans, Fatou est docteure en pharmacie formée à l'université Cheikh Anta Diop de Dakar. À partir de sa deuxième année à l'université, elle effectue une série de stages à chaque fin d'année universitaire dans une pharmacie. Après sa 7^{ème} année, elle exerce pour la première fois aux Parcelles Assainies, en banlieue dakaroise où elle reste pendant 7 années. Elle part ensuite à l'hôpital Fann en octobre 2013 pour rejoindre l'équipe de la pharmacie centrale où elle reste jusqu'en février 2014. Elle rejoint finalement l'équipe du CEPIAD où elle est pharmacienne chargée de la délivrance de la méthadone.

Abdou

Après l'obtention du bac en 2000, Abdou, homme de 34 ans, fait des études médicales jusqu'en 7^{ème} année et s'inscrit ensuite en thèse en psychiatrie. Six ans après, il réussit, comme major de promotion, au concours d'internat Diplôme d'Étude Spécialisation en psychiatrie (DES). Depuis lors, il est en psychiatrie comme interne jusqu'à sa soutenance de mémoire de fin de spécialisation. En 2013, il suit une formation organisée par l'ONU DC à sur les traitements en addictologie pendant 15 jours à Saly. Il fait ensuite un stage d'initiation financé par l'ONU DC, pour observer un centre d'addictologie au Maroc pendant 10 jours. En 2014, il s'inscrit pour un DU d'addictologie en 2014 pendant un an à Paris XI en France. Il est au CEPIAD comme

médecin addictologue-traitant, travaillant en en plein temps. Il est l'adjoint du chef de service du centre et assure l'intérim en cas d'absence du chef de service.

Sara

Femme âgée de 40 ans, Sara étudié jusqu'en 4^{ième} secondaire avant d'arrêter pour jouer au basket dans plusieurs club de Dakar. Après le décès de son mari qui était technicien de laboratoire, elle décide de faire le métier d'infirmier. Elle intègre la croix rouge pour faire du secourisme en 2007 puis suit une formation d'infirmière dans une école privée à Dakar en 2009. Elle effectue son premier stage au service des maladies infectieuses à l'hôpital Fann. En 2010 elle fait un an en bactériologie au laboratoire central avant de retourner aux services des maladies infectieuses. En 2012, elle intègre le Centre de Recherche à la Formation Clinique (CRFC), où elle est enrôlée dans un projet de recherche avant d'intégrer, par la suite, le projet UDSEN comme membre de l'équipe de terrain et infirmière.

Cheikhna

Après l'obtention du baccalauréat, Cheikhna, homme de 30 ans, s'inscrit à la faculté des sciences juridiques et politiques à l'UCAD. Après sa deuxième année à la Faculté des Sciences Juridiques et Politiques, Cheikhna réussit au concours d'entrée à l'ENDSS en 2010 et suit la filière d'assistant social. Au cours de sa formation il effectue une série de stage, dont un en psychiatrie à l'hôpital Fann. A la fin de sa formation, il effectue un stage de mise en situation professionnelle de 3 mois au Centre Hospitalier pour Enfant Albert Royer entre 2014 et 2015 avant d'intégrer l'équipe du CEPIAD. Il est l'assistant social au niveau du centre chargé de l'entretien social avec les usagers de drogues pour l'ouverture de leurs dossiers. Il est aussi impliqué dans les groupes de paroles, les clubs méthadone et fais des médiations sociales et juridiques hors du centre.

Sokhna

Femme âgée de 40 ans, Sokhna entre à l'ENDSS en 1996 après l'obtention du baccalauréat, et y suit une formation à la section préparateur en pharmacie. Au bout des trois ans de formation, la Commune de Dakar contracte avec elle en 2000 et l'affecte au Centre de Santé des Parcelles Assainies où elle exerce dans le laboratoire comme préparatrice en pharmacie jusqu'en 2004. Elle est ensuite recrutée dans la fonction publique et affecté à l'hôpital de Fann à Dakar, à la Pharmacie Centrale. Elle rejoint l'équipe du CEPIAD en tant que préparatrice en pharmacie tout en travaillant à la pharmacie centrale.

Saliou

Homme de 31 ans, Saliou décroche le baccalauréat en 2007 et s'inscrit à la faculté des sciences juridiques et politiques de l'UCAD. Après une année peu réussie, il décroche et s'inscrit dans une école privée à Dakar pour suivre une formation d'assistant sociale sur recommandation de sa mère puis de son père. Durant son cursus de formation, il effectue plusieurs stages dans Dakar et sa banlieue. À la fin de sa formation, il reste six mois sans travail avant d'obtenir un stage en tant qu'infirmier d'État au service des maladies infectieuses de l'hôpital Fann en mai 2014 avant d'intégrer le CEPIAD. Il y travaille dans les soins infirmiers chargé des tests d'urine, de la prise de constantes, des pansements, des prélèvements sanguins.

Véro

Il s'agit d'une ex-usagère de drogues qui a intégré l'équipe du CEPIAD et travaille à l'accueil. Son profil est présenté au chapitre 7.

Les soignants rencontrés au CEPIAD sont des femmes et des hommes relativement jeune (entre 30 et 40 ans) ayant, à l'exception d'une personne, obtenu le baccalauréat. Ils ont tous eu une formation en santé et fait une série de stage au cours de leurs cursus respectifs. La majorité des soignants interrogés n'ont pas eu de formations complémentaires spécifiques au traitement des addictions avant d'intégrer le CEPIAD.

13.3.2. L'intégration dans UDSEN

L'intégration du CEPIAD est, ici, entendu comme la manière dont les différents soignants interrogés ont pris connaissance et sont arrivés dans le centre. Plusieurs modes d'intégration peuvent être distingués.

13.3.2.1. L'intégration par recommandation d'un tiers

Il s'agit des cas où, une tierce personne a servi de lien entre le soignant et la structure. Il s'agit soit d'un tiers avec qui le soignant orienté a des liens professionnels, soit d'une personne avec qui les liens sont de types familiaux.

« C'est le Pr X qui me l'a fait connaître parce qu'il travaille avec eux comme ils ont besoin de pharmacienne, Pr Bara me l'a dit. C'est moi qui passait toutes les commandes de médicaments pour le CEPIAD et gérais leur stock en même temps j'étais à la pharmacie centrale parce que le centre n'avait pas encore ouvert à cette période c'était en septembre 2014 on m'a amené ici avec l'ouverture du centre » (Fatou).

« E : Comment s'est passé votre intégration, qu'est-ce qui vous a poussé à y entrer, et à quelle période ?

R : j'étais sensé faire partie de l'équipe. Avant mes formations sur les addictions, j'ai assisté à des rencontres de l'équipe aux réunions de restitution des activités j'étais même descendu sur le terrain une ou deux fois je ne sais pas avec l'équipe.

E : Et puis...

R : j'ai toujours aimé faire l'addictologie, c'est une sorte de vocation depuis ma première année de psychiatrie parce que je savais que le service de psychiatrie ne réglait pas le problème c'est-à-dire que l'approche psychiatrique pure ne règle pas le problème des addictions mais malheureusement c'est ça qu'on prescrivait aux patients

E : Comment avez-vous fait pour intégrer l'équipe ?

R : ici c'est l'université je suis interne je m'intéressais à ça et je ne sais pas si l'occasion a fait le larron ou s'ils ont vu que moi je méritais ou j'étais dans les dispositions pour ce travail en tout cas on me l'a proposé au départ c'était une vocation mais par la suite on me l'a proposé

E : Qui vous l'a proposé ?

R : Dr Y. Il ne me l'a même pas proposé il m'a dit qu'il y a un projet de mettre en place le CEPIAD je lui ai dit que je voulais faire mon DU en addictologie » (Abdou).

« Quand le centre a ouvert il y a un produit qui s'appelle la méthadone qui concerne directement la pharmacie. La pharmacie est placée sous la responsabilité d'un pharmacien responsable, ici à Fann le pharmacien responsable est le Pr Bara. Je travaille avec lui quand le centre a ouvert il a amené un pharmacien et m'a amené aussi pour que je le seconde » (Sokhna).

13.3.2.2. L'intégration par demande de stage

L'intégration par demande de stage est la catégorie qui implique une démarche personnelle. L'orientation au CEPIAD peut être soit demandée par le postulant soit être proposée par le service des ressources humaines sans que l'aspirant ne connaisse le service au préalable.

« J'avais fini mes stages et déposé une autre demande de stage à la direction des ressources humaines de l'hôpital Fann. Un jour mon téléphone a sonné on m'a annoncé que ce sont les ressources humaines de Fann ils m'ont dit qu'ils ont besoin de moi. Ils m'ont dit que je serai affecté au CEPIAD » (Saliou).

« E : Comment avez-vous fait pour entrer au CEPIAD ?

R : En fait comme j'étais à Albert Royer j'ai beaucoup appris là-bas mais puisqu'il y avait des assistants sociaux là-bas, je n'avais pas la latitude pour m'affirmer. Quand j'ai appris l'existence du centre j'ai déposé

E : Comment avez-vous appris l'existence du centre ?

R : par une amie assistante qui est en psychiatrie qui m'en avait parlé. Quand j'ai fait les trois mois à Albert Royer, j'avais fini, je me suis dit je vais changer.

E : Que vous a-t-elle dit à propos du centre ?

R : elle m'a dit qu'il y a un centre qu'on a créé ils auront besoin de personnel, et comme je suis un banlieusard je connais ce genre de milieu c'est un centre qui s'active dans la prise en charge des usagers de drogues et des alcooliques et puis comme je suis jeune j'ai été le Président du Comité des Élèves à l'ENDSS c'est là-bas qu'il m'a vu il m'a dit que j'étais dynamique ça devrait m'intéresser il m'a dit de faire la demande.

E : après ?

R : j'ai déposé lettre de motivation plus mon C.V et mon diplôme j'ai déposé au niveau de la direction des ressources humaines. Ils m'ont appelé par la suite » (Cheikhna).

L'intégration par demande de stage révèle une représentation sur les personnes qui doivent travailler au CEPIAD et en même temps, sur les usagers de drogues. Le milieu de l'usage de drogues est associé, par certaines personnes, à une culture de la banlieue.

13.3.2.3. L'antécédent d'implication dans le projet sur les usagers de drogues

Cette catégorie concerne les personnes qui, avant l'ouverture du CEPIAD, ont été membre de l'équipe du projet UDSEN.

« E : comment s'est passé votre intégration au CRCF ?

R : mon contrat était arrivé en terme au service des maladies infectieuses, j'ai été pris au CRCF en 2012 dans le cadre d'un projet sur la santé osseuse. Après, j'ai intégré le programme UDSEN sur les usagers de drogues.

E : Quel était votre métier dans UDSEN ?

R : je faisais du travail de terrain, je me portais volontaire pour les assister en cas de maladie pour les soins infirmiers parce que j'ai vu que les gars sont fatigués et il n'y a personne pour les aider donc je me suis portée volontaire pour les aider »
(Zara)

13.3.2.4. L'antécédent de consommation de drogues

À l'image de Véro, ex-usagère de drogues, certaines personnes ont intégré le CEPIAD en raison de leur provenance du milieu des usagers de drogues. Cela témoigne du désir des autorités du centre de créer un climat de confiance avec les usagers de drogues qui viennent au CEPIAD pour leur traitement. Véro a d'abord intégré l'équipe de terrain pour les activités de Réduction des Risques dans la région de Dakar et, à l'ouverture du centre, est chargé de l'accueil des patients. L'implication d'usagers de drogues dans le dispositif de traitement qui leur est dédié est synonyme d'empowerment.

13.3.3. Les réactions immédiates suite à l'annonce de l'intégration au CEPIAD

Après l'annonce de l'intégration au CEPIAD, les soignants interrogés ont eu des réactions diverses d'emblée. Certains se sont posés des questions sur la sécurité de travailler avec une population d'usagers de drogues. D'autres ont apprécié le « challenge » de faire partie de l'équipe du premier dispositif de traitement pour usagers de drogues en Afrique de l'Ouest.

« Quand ils m'ont dit CEPIAD, ça m'a un peu perturbé parce que j'avais l'habitude de voir des usagers de cannabis mais drogués en tant que tel je ne l'ai jamais vu et ça me donne davantage une impression parce que je peux distinguer celui qui utilise seulement le cannabis et celui qui prend autre chose que le cannabis. Comme mon père est Infirmier d'État je lui ai parlé du centre. Il m'a dit qu'il connaît les addictions, que c'est en rapport avec les drogués. J'ai un peu compris. Quand ils m'ont dit que nous avons en charge l'infirmerie, cela m'a rassuré car là, on ne peut pas me dire quelque chose qui soit un problème. Pour moi si on reste à l'infirmerie il n'y aura aucun problème » (Saliou).

« Je me dis que c'est un travail comme les autres je ne savais pas exactement ce qui m'attendais mais je savais d'avance que c'est pour dispenser des médicaments comme on le fait. J'ai l'habitude de le faire depuis que je suis à Fann. Pour moi c'est une continuité. La seule chose qui soit nouvelle c'est la méthadone » (Sokhna).

« E : Quand on vous a dit que le centre est pour des drogués quelle a été votre réaction, avez-vous été réticent ?

R : c'est intéressant

E : Pourquoi dites-vous que c'est intéressant ?

R : parce que là où j'ai grandi la plupart de mes ex compagnons sont de grands dealers de chanvre indien. Il y a parmi mes cousins aussi des dealers et des consommateurs donc je les ai côtoyés. Donc je n'avais pas peur. J'avais déjà l'habitude de les côtoyer » (Cheikhna).

« Pour moi c'était un nouveau challenge puisque c'est le premier centre en Afrique de l'Ouest. En plus c'était nouveau, c'était différent de ce qu'on faisait habituellement mais je n'ai pas peur parce que j'étais dans des pharmacies privées où j'ai connu des usagers de drogues. C'est vrai qu'ils viennent ici pour prendre la méthadone mais nous aussi on les voyait quand ils venaient pour certaines maladies ou pour acheter de la seringue » (Fatou).

En résumé, les réactions immédiates après la connaissance de la population traitée au

centre varient en fonction des soignants. Ceux qui n'ont jamais rencontré un usager de drogues avant se posent d'abord des questions sur la nature de la relation de soin avec cette population. Ils sont ensuite rassurés par les fonctions qu'ils joueront dans le CEPIAD qui, selon eux, relève de leur domaine de compétence et n'ont donc rien à craindre. Les soignants qui ont eu à rencontrer des usagers de drogues avant leur entrée au CEPIAD se sentent mieux préparés à faire face à la population d'usagers de drogues.

13.4. Les informations des soignants sur le CEPIAD

Suite à leur intégration au CEPIAD, les soignants se sont informés sur les addictions et sur les drogues pour mieux comprendre les objectifs du centre. Plusieurs canaux ont été utilisés.

« Quand tu as l'intention d'aller quelque part il faut d'abord t'informer. Je me suis informé, j'ai su que consommateur de c'est un centre de prise en charge pour les drogués. Donc là-bas j'ai fait des recherches sur internet jusqu'à avoir certains éléments. Aussi, j'ai fait des recherches en psychiatrie, comme j'ai reçu une formation en santé mentale, j'ai revu mes notes et autres et après j'ai fait une demande. Quand je suis venu, on m'a remis les documents concernant le centre. C'est Maynard qui me les a donnés pour que je m'informe davantage sur la procédure.

E : Quels sont les mots que vous tapez le plus au niveau du moteur de recherche ?

R : drogue, dépendance » (Cheikhna).

« E : Avez-vous demandé après des informations supplémentaires concernant le centre, pourquoi le centre a été mis en place ?

R : oui c'est à travers les réunions que j'ai compris beaucoup de choses

E : Avez-vous fait après une formation en addictologie ou en toxicomanie ?

R : on n'a pas encore fait de formation en addictologie c'est via le net que je comprends certaines choses parce qu'aussi j'oublie souvent les cours

E : Quelles informations cherchez-vous quand vous vous connectez ?

R : Parfois je cherche les indications, des fois les effets secondaires parfois les effets de la méthadone et des antituberculeux parfois les effets de la méthadone » (Sokhna).

En plus des informations reçues au CEPIAD, les soignants ont procédé d'emblée à une auto-information qui a pour ressource premier l'internet. Chaque soignant dirige sa recherche sur internet en fonction de ses centres d'intérêt. En fonction des sites

consultés, chaque soignant aura ses propres informations qui peuvent être différentes des résultats de recherche des autres. Cela crée d'emblée un foisonnement d'informations hétérogènes mobilisées par les soignants dans le cadre de leur activité de traitement dans le CEPIAD.

13.5. Les perceptions des soignants sur les usagers de drogues

Les perceptions sur les usagers de drogues sont dynamiques entre le début de l'intégration du centre et le moment des enquêtes. Les soignants entrent au CEPIAD avec une certaine idée sur les usagers de drogues qui finit par évoluer, au fur et à mesure qu'ils travaillent dans le centre.

« E : Avant que vous ne fréquentiez le centre à quoi pensiez-vous quand vous entendiez le mot drogue ?

R : pour moi ça n'existait pas au Sénégal. Je ne pensais pas que ceux qui utilisent la drogue par voie injectable étaient aussi nombreux au Sénégal. Je pensais que cela existe à l'étranger ou même si ça existe ça concerne ceux qui étaient en Europe. Mais je n'ai jamais pensé qu'on aura un nombre assez important de drogués » (Fatou).

« Au début, je pensais qu'ils étaient des bandits, des gens qui jouent avec leur vie. Mais j'ai su après que certains y sont entré par accident et d'autres qui ne peuvent pas supporter les problèmes et qui ont besoin d'en prendre pour que ça les emmène dans une autre planète.

E: Pourquoi avez-vous changé d'attitude à leur égard ?

R : parce j'ignorais beaucoup de choses c'est en discutant avec eux que j'ai su que ce n'est pas ce que je croyais. Mais quand j'y suis entrée et que j'ai eu une expérience j'ai su que ce ne sont pas des bandits parce que quand le flash redescend on a comme l'impression que ça ne relève pas du naturel » (Sara).

« Parfois, je range mes bagages pour les sécuriser. Après j'ai compris que le vol est indépendant de leur volonté parce que quand ils sont en manque et qu'ils n'ont pas d'argent ils sont obligés de voler. Mais je ne leur montre pas carrément que je cache mes bagages même quand ils viennent avec un certain aspect je leur serre la main et je me lave les après qu'ils soient partis. Je ne partageais pas les mêmes débats avec eux mais maintenant quand je les croise dans la rue on discute » (Saliou).

L'absence de connaissance du phénomène d'usage de drogues conduit d'aucuns à penser que cela n'existe pas au Sénégal. En l'absence de connaissance des caractéristiques de la population d'usagers de drogues, chaque soignant entre au CEPIAD avec un certain nombre de perception qui se manifeste par des attitudes spécifiques. La peur et la crainte sont les sentiments les plus récurrents chez les soignants au début de leur intégration au CEPIAD. Ces sentiments se manifestent par des prises de précautions au niveau comportemental mais qu'ils ne manifestent pas dans la relation de soin avec les usagers de drogue.

Ces résultats sur les attitudes des soignants du CEPIAD sont similaires à celles, déjà observé dans le cadre de la relation de soin entre usagers de drogues et personnel de santé lors du projet UDSEN en 2011. La recherche a montré que, pendant la phase de préparation de l'enquête UDSEN, le personnel de santé rencontré au CRCF et au CTA a exprimé un certain nombre d'attitude tel que la crainte et la méfiance vis-à-vis des UDI. D'aucuns développent des attitudes critiques envers cette population qui semble très spécifique par leurs conduites (« mal habillés », « sales », « ces gens-là au langage frivole »), dans le milieu professionnel.

Les résultats ont montré que les attitudes des soignants ont varié en fonction du rapport qu'ils ont eu avec les usagers de drogues pendant l'enquête. Deux grandes catégories sont ressorties des observations de terrain : la première est celle des soignants impliqués dans l'enquête UDSEN et qui ont eu un rapport direct et permanent avec les usagers de drogues et la deuxième est celle des soignants qui n'ont pas participé à l'enquête proprement dite, mais qui a eu à les voir (pour certains) et à en entendre parler (pour d'autres) dans les services. Dans les propos, les soignants impliqués dans l'enquête UDSEN développent, suite à leurs nombreuses rencontres avec les usagers de drogues durant l'enquête, un propos « tolérant » qui caractérise les UDI en termes de « malades » ou de « victimes » de la drogue tandis que les autres les traitent plutôt de « déviants » et « responsables » de leurs propres actes.

La relation de face à face répétée avec les usagers de drogues explique le changement de perceptions des soignants sur les usagers de drogues. Le personnel de soin à l'interface cherche et trouve, dans ses discussions avec les usagers de drogues, les

explications sur les raisons de leur consommation. La compréhension de la situation des usagers de drogues conduit les soignants à être tolérant mais ne les empêche pas de prendre des précautions. Pour certains, la prise de précaution, comme le fait de bien garder ses bagages, résulte aussi de la compréhension que le vol est « indépendant de la volonté des usagers de drogues ».

13.6. Les appréciations et les risques perçus par les soignants sur le traitement délivré au CEPIAD

13.6.1. Les appréciations du dispositif et du traitement des usagers de drogues

Les appréciations du traitement des usagers de drogues au CEPIAD se font à deux niveaux que sont la relation de soin et les résultats observés du traitement.

« Ce qui me plaît le plus c'est le travail d'équipe on est comme une famille. Les relations entre le personnel et les patients... c'est comme si tu les connaissais il y a longtemps même si, quand tu leur parles, les gens te disent méfies-toi de celui-là c'est un agresseur alors que non. La fois passée le dimanche passé c'est un d'entre eux qui m'a aidé à traverser et cela m'a ému » (Fatou).

« L'autre jour je discutais avec un usager il m'a dit *boy vous ne savez même pas ce que vous êtes en train de faire*. Il disait que c'est extraordinaire. Il m'a dit que son ménage se porte à merveille maintenant alors qu'avant, il avait honte vis-à-vis de ses enfants et de sa femme, personne n'osait s'approcher de lui. Sa femme lui adresse la parole maintenant le ménage est nice quoi » (Saliou).

« E : qu'est-ce qui vous a le plus marqué depuis que vous êtes au CEPIAD ?

R : le fait qu'ils discutent avec moi aussi ça me plaît en plus quand ils ont commencé à prendre de la méthadone j'ai vu des changements en eux. Ils sont propres ils prennent leur douche, ils s'habillent bien, ils mangent bien par rapport au temps où ils ne prenaient pas la méthadone ils allaient chercher de l'argent maintenant c'est le contraire » (Sara).

Après une succession de rapport de face à face avec les usagers de drogues, les soignants finissent par apprécier cette population envers laquelle certains d'entre eux ont été craintifs. Les changements observés dans le comportement des usagers de

drogues traduit à la fois une satisfaction du traitement délivré au CEPIAD et un contentement de voir que les usagers de drogues retrouvent une vie plus stable les permettant de remplir des rôles sociaux (dans la famille particulièrement).

13.6.2. Les risques perçus par les soignants

Au-delà des appréciations positives que le personnel du CEPIAD fait sur le dispositif de traitement, un certain nombre de risques est également évoqué dans le cadre de la relation de soin avec les usagers de drogues qui fréquentent le CEPIAD.

« C'est un risque, la tuberculose on fait de notre mieux que quand ils entrent nous aérons la salle et allumons le climatiseur le microbe de la tuberculose n'aime pas les endroits aérés si c'est l'hépatite ou le VIH dès fois c'est accompagné de tuberculose si on n'aère pas la salle on fait de telle sorte à éviter les AES et le mieux c'est de mettre des gants parfois il est possible qu'en piquant un malade de se piquer » (Saliou).

« Il y a des risques d'infections nosocomiales parce que c'est un milieu où il y a des patients qui ont des maladies comme la tuberculose et il faut qu'on prenne les dispositions nécessaires. Que ceux qui sont au niveau du centre et qui y travaillent puissent être protégés par rapport à cela il y a un autre risque parce que c'est une population violente mais on peut aussi les gérer parce que nous avons reçu des formations qui nous permettent de les contenir

E : Comment gérez-vous le risque d'infection nosocomiale

R : tu sais pour le cas tuberculose il faudra juste aérer j'ai fermé parce que j'ai fini mes entretiens mais d'habitude quand je fais les entretiens j'ouvre pour aérer » (Cheikhna).

« R : Il y a beaucoup de risques ici. Il y a des usagers qui sont violents mais ça dépend de la personne. On n'a pas de couverture médicale

E : Que représente la couverture médicale pour vous ?

R : au moins qu'on nous protège pour qu'on fasse certains vaccins la tuberculose est là l'hépatite est là le VIH/SIDA. Ce sont des risques, la tuberculose est là il y a tout hein et si la personne ne te le dit pas heureusement que quand je regarde quelqu'un je peux reconnaître les signes » (Sara).

Dans la relation de soin avec les usagers de drogues, l'un des principaux risques perçus est celui de l'infection nosocomiale. Le processus de médicalisation de l'usage de drogues a eu pour argument la vulnérabilité de cette population face à certaines infections auxquelles leurs pratiques les exposent. Parmi celles-ci, il y a l'infection par

le VIH, le VHC et le virus de la tuberculose que les soignants perçoivent comme risques auxquels ils s'exposent sans « couverture médicale ». Entre autres risques, il a également été fait mention de l'exposition à des agressions.

« On ne peut pas cerner la personne à 100% et chacun vient avec ses humeurs il peut arriver un jour que quelqu'un te donne un coup de poing à l'œil. Parfois on peut te gifler ou te planter un couteau. Ce sont des trucs qui peuvent toujours venir mais on fait toujours attention et on a conscience que ça peut arriver » (Fatou).

« Nous avons fait l'école de la rue on sait comment ça se passe et je commence à être rassuré mais il faut juste renforcer la surveillance

E : Comment pensez-vous qu'il faut renforcer la sécurité ?

R : maximum 4 vigiles un à l'entrée du box un autre à l'autre porte et deux aux côtés parce qu'ils ne peuvent pas aller aux côtés. Ils doivent savoir que s'ils sont là c'est pour se soigner et pour se refaire donc ça n'a pas de sens qu'ils deviennent mauvais ici. Il faut juste que la sécurité soit renforcée » (Saliou).

Le risque de se faire agresser est également évoqué dans les entretiens par les soignants qui pensent que les humeurs des usagers de drogues, même en traitement, ne peuvent être maîtrisées. C'est la raison pour laquelle certains pensent que la sécurité doit être renforcée et pour le dispositif et pour anticiper sur les « déviances » des usagers de drogues en traitement. D'autres risques liés l'exécution de leurs tâches sont également perçus par les soignants.

« E : Quelles difficultés rencontrez-vous le plus souvent dans votre travail ?

R : dès fois c'est une population manipulatrice il faut bien creuser pour avoir les informations je triangule parfois je peux te questionner et deux jours après revenir parfois on tombe sur des usagers qui ont des antécédents psychiatriques on peut ne pas le savoir. Seul dans le bureau parfois c'est difficile de soutirer des informations ça pose problèmes pour ceux qui ont des antécédents psychiatriques on gère comme on peut » Cheikhna

« Il y un risque dans notre travail. Si on se trompe dans le dosage c'est un risque si on prescrit une dose inférieure ça crée un manque si on donne une dose supérieure cela crée des problèmes ça peut même entraîner la mort » (Sokhna).

Ces extraits montrent que les soignants ne perçoivent pas seulement des risques pour eux-mêmes. L'objectivité des informations fournies ainsi que la netteté des doses de méthadone données aux usagers de drogues font partie intégrante de la qualité du service offert au CEPIAD. La gestion du risque potentiel sur le service est prise en

compte dans les activités des soignants.

Conclusion

En résumé, le processus de médicalisation, incluant un nouveau jargon et de nouvelles pratiques de traitement, est apprécié différemment par les acteurs sociaux immédiats. Les résultats montrent que les soignants ainsi que les associatifs sont la catégorie qui accepte et s'approprie les concepts et la démarche de réduction des risques. Ils constituent par la suite des acteurs clés dans la dissémination des principes de la RDR ainsi que du jargon qui lui est associé. À ce titre, les exemples des sorties fréquentes des associatifs et des soignants dans la presse peuvent être cités⁸⁰. Ils deviennent des relais de la médicalisation à travers la presse qui la diffuse à un niveau beaucoup plus large.

Les résultats montrent cependant que d'autres acteurs tels que les forces de l'ordre, acceptent moins que les autres les principes de la RDR et son jargon. Ils utilisent des arguments et des principes relatifs à leur profession pour les réfuter. Ils s'opposent ainsi à la démarche de RDR et ne partagent pas les mêmes perceptions sur les usagers de drogues que les soignants. Ils deviennent en fin de compte un obstacle à la pratique médicale car, comme les résultats le montrent, ils ne sont pas régis par les mêmes textes que les médicaux. L'exemple du programme d'échange de seringue qui, pour les soignants, a une visée de prévention, est perçu par les forces de l'ordre comme une démarche qui expose l'usager de drogues à l'incarcération.

⁸⁰ Voir les articles suivants en exemple : <http://www.sen360.com/actualite/fonselud-lettre-ouverte-au-ministre-de-la-justice-sidiki-kaba-575670.html>; <http://www.lequotidien.sn/index.php/politique/dr-idris-abba-centre-de-prise-en-charge-des-addictions-de-dakar-la-decriminalisation-de-la-consommation-est-imperative>; http://www.seneweb.com/news/Sante/ouverture-a-dakar-d-un-centre-de-prise-e_n_141687.html; http://www.seneweb.com/news/Sante/9-2-des-usagers-de-drogues-au-senegal-seraient-porteurs-du-vih-selon-un-rapport-de-l-oics_n_120206.html; http://www.seneweb.com/news/Societe/jean-pierre-babacar-diouf-de-l-rsquo-onudc-laquo-1324-personnes-utilisent-la-drogue-par-injection-dans-dakar-et-ses-environ_n_104852.html.

CHAPITRE 14

PERCEPTIONS ET APPRÉCIATIONS DES USAGERS DE DROGUES SUR LE CEPIAD

Introduction

Les usagers de drogues ont longtemps été demandeurs de traitement adapté à leur situation tel qu'ils l'ont connu en Europe ou en ont entendu parler dans leur *milieu*. Le chapitre sur l'automédication montrait déjà qu'ils ont eu connaissance du mode de traitement des usagers de drogues dans d'autres espaces et ont réclamé la mise sur le marché de la méthadone ou de la buprénorphine haut dosage (communément appelée subutex) comme traitement de substitution. L'ouverture du Centre de Traitement Intégré des Addictions (CEPIAD), incluant un programme méthadone pour les consommateurs d'héroïne, plus nombreux à Dakar, a été bien appréciée par les usagers de drogues. Ils louent l'initiative qui, selon eux, leur permet d'avoir une vie plus tranquille mais regrette que le programme ne soit mis en place plus tôt au Sénégal. Ils manifestent également des désirs et font des critiques à l'endroit du programme de traitement qui leur est destiné.

Le chapitre a pour objectif de décrire et d'analyser les perceptions, appréciations et attentes des usagers de drogues vis-à-vis du dispositif innovant de traitement des addictions. Les données qui servent de base à ce chapitre sont issues d'observations dans le CEPIAD mené depuis l'ouverture du centre en décembre 2014 jusqu'en octobre 2016. Des entretiens avec une dizaine d'usagers de drogues ainsi que des discussions informelles ont été faites. Les données sont aussi issues d'observations des activités du CEPIAD telles que les ateliers d'expression artistique, de jardinage, d'élevage, de teinture et des groupes de discussion appelé « club méthadone ». Celui-ci est une activité au cours de laquelle, les usagers de drogues s'expriment sur un aspect de leur traitement en présence des soignants, animé par un pair usager de drogue.

Le CEPIAD : un *xëwël* tant attendu ?

À l'occasion de la première Journée Portes Ouvertes du CEPIAD, un an après le démarrage de ses activités, le porte-parole des usagers de drogues à fait, en guise de remerciement aux acteurs initiateur du CEPAID, le *taalif* (poème) ci-après :

Dama giss lu ma yeem
Man bi ma degge junky, da ma fagoon ni niit ku gande la
Niit ku ponkal la, waral ma duggu ci affair bi
Ndekete junky du dara
Ndekete junky de moy niit bo xam ni da fay tox dorog ba jeex takk
Ganaw ba lolu lepp ame, lu bari da ñu ko bayi, duggu CEPIAD
Cepiad bo koy degg te xamo ko, mo ngi nekk Fann ci kote morg bi
CEPIAD nak, ginaw bi ñu juge ci tur bobu ñuy baña degg muy junky
Te bo ko degge sa fit ni rëf nga defe ni mbëru lamb la,
Tur bobu nak, so bëgge mu dañ ci yaw, da ngay ñëw fii ci CEPIAD
Ndax di na ñu la fajal sa jangoro, gene la ci dorog, toppato la
Ndax CEPIAD, di na ñu la faj ni mou waré
Kon jarama CEPIAD⁸¹.

Le traitement des usagers de drogues au CEPIAD est perçu comme un tremplin dans lequel finit la vie rythmée par la consommation de drogue et renaît l'espoir. Le modèle du CEPIAD basé sur un traitement intégré pousse certains usagers à dire que le centre recrée chaque partie de leur organisme endommagé par les drogues. Pendant les premiers mois des inclusions dans le programme méthadone, les premiers usagers de drogues inclus dans le programme n'hésitaient pas à chanter et à danser pour les initiateurs du programme à chaque fois qu'ils les rencontraient dans le CEPIAD. Le traitement, pour eux, est celui qui est approprié à leur situation et leur

⁸¹ J'ai vu quelque chose d'étonnante

Quand j'ai entendu parler de Junky, je croyais que c'est un être géant
Un homme fort, raison pour laquelle on est entrée dans l'affaire
Alors qu'être junky ne rime à rien du tout
Alors qu'être junky signifie fumer de la drogue jusqu'à devenir très mince
Après, on a tout abandonné pour entrer dans le CEPIAD
Le CEPIAD, pour ceux qui ne le connaissent pas, se trouve à Fann à côté de la morgue
Au CEPIAD, après nous être départie du nom de junky qu'on ne veut plus entendre
Ce nom que résonne et fait peur comme un lutteur dans l'arène.
Parce qu'on y soigne ta maladie, t'aide à sortir de la consommation de drogues et prend soin de toi
On t'y soigne avec un traitement approprié
Donc, merci au CEPIAD

permet de prouver à ceux qui, dans leur entourage pensaient qu'*ils ont choisi d'être des bandits et qu'ils ne veulent pas sortir de leur situation*, qu'il est possible de sortir de la toxicomanie. Cette catégorie de pensée s'explique par les nombreuses vaines tentatives par leur proches de les aider à arrêter de consommer les drogues. Parce que beaucoup sont « tombé comme des mouches » dans le *milieu*, certains pensent que le centre devrait être mis en place depuis plusieurs années.

« Ils font un joli travail car s'il n'y avait pas le centre beaucoup allaient périr, Ils n'auraient même pas pensé abandonner la drogue » (Siré).

Convaincu qu'il est difficile de sortir de la situation de consommateur, d'aucuns pensaient que leur fins probable était la mort dans cette situation qui les empêche d'accomplir leurs rôles sociaux, familiaux et religieux.

Les usagers de drogues se réjouissent de l'ouverture du centre qu'ils assimilent, dans leurs propos, à un « sauveur », « une grâce de Dieu », un « xëwël » (une merveille). Un discours fortement religieux est associé à l'ouverture du centre qui, pour des personnes qui ont longtemps eu recours à la religion pour leur sevrage, porte le symbole de la « réconciliation avec Dieu ». Celui-ci se manifeste, selon eux, par leur retour aux pratiques religieuses telles que les prières quotidienne, je jeûne, etc.

« R : On consommait ensemble après on prenait le bien d'autrui pour se procurer de la came mais depuis que j'ai intégré le club il y a eu beaucoup de changement.

E : quoi par exemple ?

R : du restant de ma vie je ne vais plus jamais prendre le bien d'autrui je ne prenais pas de douche je ne rendais pas visite à ma famille mais maintenant je peux tout faire je peux aller rendre visite à ma famille je prenais l'argent des autres mais maintenant je rends grâce à Dieu » (Petit).

La religion et les pratiques religieuses occupent une place primordiale dans les propos des usagers de drogues. L'hygiène, la propreté et l'accomplissement des rôles familiaux sont considérés par Petit comme des obligations religieuses que l'inclusion au CEPIAD permet de renouer. Il en est de même pour les pratiques liées à la délinquance perçues à la fois comme exposant au risque d'emprisonnement et comme une mal perpétré sur autrui. L'intérêt du CEPIAD est également exprimé par sa capacité à renouveler l'être religieux pour la plupart des usagers de drogues. Les activités organisées les vendredis tiennent en compte l'heure de la prière où les usagers présents dans le centre partent à la mosquée après le club méthadone. Le

repas communautaire prévu à ce jour n'est servi qu'à leur retour, même s'il y a des personnes qui restent sur place. Les usagers ne manquent pas d'occasion de rendre grâce au CEPIAD et de formuler des prières pour sa pérennisation.

Localisation du CEPIAD : un espace symbolique

Le CEPIAD est construit à l'intérieur de l'hôpital Fann où il est annexé à la clinique psychiatrique Moussa Diop.



Photo 1 : panneau d'orientation pris à partir du portail d'entrée du CEPIAD

Le CEPIAD se situe à côté de plusieurs services tels que la psychiatrie, de la morgue et de l'annexe de la psychiatrie dédié aux enfants dénommée *Keur Xaleyi* (la maison des enfants). La proximité du centre avec ces services est souvent commentée par les usagers de drogues comme étant des signes relatifs à leur situation. Le voisinage avec la morgue est ainsi interprété : « 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 de la came », affirme un usager de drogue après son inclusion dans le programme de traitement. Le voisinage avec le service de psychiatrie signifie, selon certains usagers, que leur fin probable serait la maladie mentale s'il n'y avait pas le CEPIAD. Le traitement délivré par le CEPIAD est ainsi perçu comme un secours pour des

personnes inéluctablement dirigées vers la maladie mentale et la mort. C'est pourquoi d'ailleurs, d'aucun disent que la proximité avec *Keur Xaleyi* est le symbole de leur *régénération*, de leur *seconde naissance*, grâce au CEPIAD.

La méthadone : ce médicament tant attendu par les usagers de drogues

Les usagers des drogues ont connu et expérimenté, pour certains, les médicaments de substitution et ont bien apprécié leur capacité de substitution. Mais les conditions pour les avoir ont été jugées difficiles car le médicament était peu accessible (absence d'autorisation de mise sur le marché jusqu'en 2012 ; vendu dans l'informel à des prix élevés). Ils ont parallèlement expérimenté des stratégies de sevrage qui n'ont pas données les résultats escomptés pour la plupart du temps. Ils sont resté convaincu qu'il y a un traitement approprié à leur situation qui incluant la prise de méthadone ou de subutex.

« E : pourquoi dites-vous que la méthadone est pour vous un miracle ?

R3 : oui ce n'est pas comme les autres depuis que j'ai commencé à la prendre j'ai les mêmes sensations que quand je prenais de la drogue en plus j'ai vu en elle ce qui m'a poussé à prendre de la drogue

E : Comme quoi ?

R3 : le plaisir que j'ai trouvé en prenant de la drogue je l'ai trouvé en prenant de la méthadone en plus contrairement à la drogue que j'achetais incessamment à longueur de journée et les conditions dans lesquelles je me procurais l'argent pour acheter de la drogue qui me poussaient à faire des choses que je ne devrais pas faire, avec la méthadone je n'ai pas tous ces soucis. Ce qui me plaît plus en la méthadone est le tournant qu'il va apporter à mon avenir et j'ai bon espoir qu'elle sera déterminante dans mon avenir » (Fallou).

En plus de sa capacité de substitution qui leur permet de ne pas sentir les effets du manque, les usagers de drogues apprécient la gratuité et la prise unique de méthadone par jour. Les premiers jours de leur inclusion dans le programme méthadone sont des moments de projection dans l'avenir où les usagers de drogues réfléchissent sur des projets de vie (mariage, remariage, avoir des enfants, trouver un emploi).

E : Racontez-nous votre première fois quand vous avez pris la méthadone pour la première

R : c'est une fierté pour moi parce que je ne le connaissais pas. Elle me préserve de beaucoup de choses. Je ne pensais pas pouvoir tenir au premier

jour mais quand je l'ai pris j'étais très content. Ce qui m'a rendu plus heureux est qu'il m'empêche de faire certaines choses par exemple je ne prends plus le bien d'autrui. L'autre chose est que maintenant je me lève de bonne heure je prends une douche et je mange bien ce que je ne faisais pas auparavant alors qu'avant je pouvais rester trois jours sans prendre de bain. Quand il y avait des baptêmes à la maison on ne m'informait pas. Je sortais le matin pour aller chercher du brown, je passais la journée avec mes amis dans le milieu » (Petit).

« E : Quel est votre projet présentement ?

R : je veux monter un poulailler chez moi pour y élever des poulets c'est ce à quoi je pense

E : Et quid de votre travail ?

R : je veux laisser la soudure métallique

E : Pourquoi voulez-vous laisser ?

R : parce que j'ai actuellement deux enfants dont je dois m'occuper, ma femme est une ménagère elle gagne de l'argent et investit sur les gosses si je retourne à la soudure ça risque d'être un peu dur pour moi je ne pourrais pas surveiller mes enfants (Fallou).

« Le sickness de la came est beaucoup plus dur que celui de la méthadone...

En plus on subissait les effets de la came à savoir les sickness, la prison alors qu'il n'y pas ça avec la méthadone » (Weuy).

Les usagers de drogues apprécient également le changement de comportement qu'ils constatent eux-mêmes dans leur quotidien. Le passage à une « vie normale » s'exprime par l'hygiène corporelle pour certains, la fin de la délinquance et des risques d'arrestations liés à la consommation de drogues pour d'autres. Les premiers moments du traitement sont accompagnés d'une euphorie qui se manifeste dans les discours et les pratiques des usagers de drogues inclus dans le programme. Leur enthousiasme est de telle sorte qu'ils suggèrent que les inclusions se fassent rapidement pour généraliser le *xëwël*.

Encadré 2 : extrait du club méthadone du 27 mars 2015

Club méthadone du 27 mars 2015

Lieu : CEPIAD

Thème du jour : le traitement méthadone

Langue : wolof

Participants : 24 usagers de drogues dont 4 femmes ; 4 membre de l'équipe de terrain ; le major de service ; 1 assistant social ; 2 pharmaciennes et 1 médecin.

La séance commence par une introduction par l'animateur pair, membre de l'équipe de terrain et responsable du club méthadone. Il rappelle les règles du fonctionnement du club méthadone et demande à chaque participant de se présenter.

Après la présentation de chaque participant, le médecin prend la parole pour développer le sujet du jour qui porte sur « le traitement méthadone ». À la suite de son intervention, les usagers de drogues lui posent des questions.

Usager de drogues 1 : pourquoi il n'y a que les usagers de drogues habitants à Grand Dakar qui sont inclus ? Notre espoir est brisé nous qui sommes de la médina. Comment s'est fait le choix des usagers de drogues inclus dans le programme méthadone ?

Usager de drogues 2 : Est-ce que la méthadone sera distribuée dans les régions car on voyage souvent dans le cadre de nos activités ?

Usager de drogues 3 : est-ce que la méthadone c'est pour les injecteurs seulement ? Moi je suis sniffeur, est-ce que ce sera le même traitement pour moi ?

Usager de drogues 4 : je fais partie des premiers inscrits sur les listes d'attente pour intégrer le programme méthadone, pourquoi ne suis-je pas encore contacté pour être inclus ?

Usager de drogues 5 : pourquoi le processus d'inclusion est-il lent ?

Usager de drogues 6 : que se passe-t-il quand un usager de drogues inclus est emprisonné ?

Usager de drogues 7 : pour mon pré-test d'inclusion, le médecin m'a dit vient à jeun, je suis venu sans mangé mais j'ai pris une cigarette et du café. Est-ce que cela pose problème pour mon inclusion ?

Réponses groupées du médecin :

En venant on ne doit pas manger ni boire, ni fumer une cigarette sinon il y aura des effets sur les résultats des tests de sang.

En entrant dans le programme, tu ne voyages pas, tu ne bouges pas car tu sentiras le manque et la méthadone se prend au quotidien au centre. Il n'y a pas d'emport à domicile.

Si tu as un travail, il faut dire au personnel à quelle heure tu peux venir prendre ton traitement.

Il faut éviter de consommer d'autres drogues en même temps que la méthadone. L'alcool et les pions surtout sont très dangereux car ils peuvent créer, respectivement, un manque et des overdoses.

En cas d'emprisonnement, on diminue ta dose de méthadone petit à petit et à la fin on te sort du programme.

La séance finit sur une polémique à propos des inclusions au programme méthadone.

Le processus d'inclusion dans le programme méthadone tant attendu, a soulevé des questions, querelles et mécontentement chez les usagers de drogues. Dans un contexte d'incompréhension des critères d'inclusion, chaque personne se fait une idée de la manière dont les choix devraient se faire. Certains pensent que c'est par ordre d'inscription sur les listes, d'autres se disent prioritaires car ayant toujours assisté aux activités organisées depuis le début du projet. Les débats ont également porté sur la priorité selon les modes d'usage avec l'idée que les injecteurs sont prioritaires. Les médecins ont profité des espaces de discussion tels que le club

méthadone pour apporter des éclaircissements sur l'inclusion des usagers de drogues basé sur l'ordre d'inscription sur les listes et sur certains critères cliniques.

Des interrogations au début du traitement

Au-delà de leur joie manifeste à propos du programme méthadone et de leurs projections dans l'avenir, les usagers de drogues posent des questions sur leur traitement. Plusieurs informations qui circulent dans le milieu sur la durée, les risques, les effets secondaires de la prise de méthadone sont discutés entre eux et exposés lors des clubs méthadone.

Encadré 3 : extrait du club méthadone du 13 mars 2015

Club Méthadone du 13 mars 2015

Lieu : CEPIAD

Thème du jour : La méthadone

Langue : wolof

Participants : 8 usagers de drogues, 1 animateur pair, 2 membres de l'équipe de terrain, 1 médecin, 1 pharmacien, 1 assistant social, 1 infirmière, 1 major de service

L'animateur pair ouvre la séance en rappelant les règles : « mettre les téléphones sous vibreur, ne pas se déplacer pour chercher du café pendant la séance, ne prendre la parole que quand on te la donne ».

Pharmacienne : « la méthadone est une drogue comme l'héroïne. Elle est synthétique. Elle se fixe à la même place que l'héroïne dans votre organisme. Elle la remplace et vous donne les mêmes sensations. À la différence de l'héroïne, sa prise par jour est unique.

Pour être inclus dans le programme méthadone, il faut au moins être âgé de 18 ans.

Usager de drogues 1 : donnez-moi la surface de terre exploitable derrière le bâtiment et de l'eau, je vous sortirai de l'argent en 2 mois.

Usager de drogues 2 : quel est le risque si on consomme la méthadone en même temps que l'héroïne ?

Pharmacienne : Ce n'est pas possible, la méthadone remplace l'héroïne. Quand on la prend, on ne sent plus le besoin de prendre l'héroïne. Si cela doit arriver, c'est que la dose de méthadone n'est pas suffisante et il faut en parler au médecin.

Médecin : si tu combines les deux produits, il y a un risque d'overdose.

Usager de drogues 3 : je sens que je deviens dépendant de la méthadone, est ce que vous pouvez diminuer ma dose ?

Pharmacienne : ce n'est pas une question à poser ici, tu en parleras avec le médecin.

Usager de drogues 4 : Est-ce que nous pouvons être dépendant de la méthadone ? La consommation de méthadone nous rappelle à nous et notre famille, la consommation d'héroïne.

Usager de drogues 5 : J'entends dire que la consommation de la méthadone baisse la libido, qu'en est-il ?

La séance se termine sur une discussion sur la circulation des drogues (héro, cannabis) dans le centre.

Certains usagers ont proposé aux responsables du centre d'occuper l'espace exploitable du centre pour y faire du maraichage et construire un poulailler afin de s'occuper et de créer des revenus pour le CEPIAD. Cela constitue, selon les personnes qui se proposent, un acte pour remercier les initiateurs du centre et une manière d'apporter « leur pierre à l'édifice » ou « quelque chose en retour » de ce que le centre fait pour eux.

Les usagers de drogues profitent de l'espace qu'offre le club méthadone pour manifester leurs inquiétudes par rapport au traitement méthadone. Les questions exposées concernent la consommation parallèle de méthadone et d'héroïne, la dépendance à la méthadone, les effets du traitement sur la libido. Cette dernière préoccupation est très répandue chez les usagers de drogues qui font des recherches sur internet pour s'auto-informer sur la méthadone. Leur désir de se marier et de fonder une famille, pour les plus jeunes particulièrement, remet cette interrogation au cœur des débats.

Encadré 4 : extrait du club méthadone du 20 mars 2015

Club méthadone du 20 mars 2015

Lieu : CEPIAD

Thème : le traitement méthadone

Langue : wolof

Participant : 16 usagers de drogues, 1 animateur pair, 3 membres de l'équipe de terrain, 1 pharmacienne

Introduction par le pair animateur qui rappelle les règles (téléphone sous vibreur, porte de la salle fermée).

Pharmacienne : rappelle les normes de prise de parole et demande à chacun de se présenter.

Animateur pair : « la méthadone est similaire à l'héroïne mais est bénéfique. Elle permet d'avoir une vie saine ».

Usager de drogues 1 : quelle sont les effets de la consommation de méthadone avec du yamba ou de la cocaïne ?

Usager de drogues 2 : la méthadone, moi je l'appelle métha-revivre

Usager de drogues 3 : Nous sommes au Sénégal et tout le monde connaît la réalité ici. Il y a beaucoup d'évènements sociaux et religieux qui nécessitent des déplacements comme le *Magal*, le *Gamou* et chaque jour il y a un événement comme des baptêmes, des décès, etc. qui sont des moments importants où nous devons être présent pour montrer notre nouveau statut. Y'a-t-il des possibilités de décentraliser les centres ?

Usager de drogues 4 : si la méthadone baisse notre libido, comment fera-t-on ?

Usager de drogues 5 : en cas de voyage en Europe, comment faire ?

Usager de drogues 6 : est ce qu'il y a un *sickness* pour la méthadone ?

La question de la poly-consommation de produit est aussi très souvent évoquée pour des personnes qui ont eu l'habitude de consommer l'héroïne en même temps que d'autres types de drogues telles que la cocaïne, le *boon*, etc. La méthadone permet de substituer l'héroïne, et les usagers ressentent l'envi de consommer les autres drogues auxquelles ils sont déjà accrochés. Ils se renseignent sur les effets du cumul des produits qu'ils continuent à consommer. Avec l'information selon laquelle la méthadone est semblable à l'héroïne et la substitue, certains usagers se demandent s'ils y a un risque d'en devenir dépendant. L'obligation de la prise quotidienne sur place de la méthadone est aussi évoquée comme question pour des personnes susceptibles de voyager pour des activités professionnelles ou sociales et religieuses.

Les inquiétudes sur un traitement à durée indéterminée

Avant leur inclusion dans le programme méthadone, les usagers de drogues sont informés sur le traitement et particulièrement sur le fait que la durée du traitement est indéterminée et que, pour certains, cela peut les accompagner toute leur vie. Pour des personnes pressées de commencer leur traitement méthadone, aucune objection n'est faite sur les informations reçues à l'inclusion. Les investigations montrent que quelques temps après le début de leur traitement à la méthadone, les usagers de drogues manifestent des inquiétudes sur la durée de leur traitement.

« Il y en a qui disent que ça peut durer un an ou plus parce que le médicament qu'on est en train de prendre si un jour ils créent une dépendance qu'est-ce qu'on va faire après il faut prendre cela en compte »
(Petit).

Beaucoup d'usagers, soucieux de la fin de leur traitement, se projettent et planifient comment arrêter le traitement. Ils font des propositions et en discutent avec les médecins.

« Je discute avec mon médecin si par exemple je dois faire 50 dans la semaine la semaine prochaine je lui demande s'il est possible de réduire jusqu'à 40 pour voir quel effet ça aura ainsi de suite jusqu'à ce que je sois à 10 (Zale).

L'idée de diminuer, petit à petit les doses de méthadone jusqu'à la sortie du programme est généralement partagée par les usagers de drogues sous traitement méthadone. Cette idée d'une sortie progressive a longtemps été envisagée par les usagers de drogues à propos du traitement méthadone, bien avant qu'il soit disponible au Sénégal.

« E : quel conseil donnez-vous en ce qui concerne la méthadone si un jour elle sera là ?

R : on doit donner la méthadone à ceux qui veulent arrêter. Ils peuvent avoir les moyens de savoir si les gens prennent leur traitement ou pas, on diminue la dose au fur et à mesure que l'individu se soigne jusqu'à ce qu'il ne ressent plus aucune douleur et on peut lui dire d'arrêter le traitement » (Xaly).

La durée indéterminée du programme de substitution pose, pour les usagers de drogues, un certain nombre de problèmes tels que l'obligation de se présenter au quotidien dans le centre pour prendre la méthadone et les effets secondaires qu'ils imputent au traitement, en plus des problèmes cités dans les clubs méthadone décrits plus haut.

« E : Comment devez se passer le traitement selon vous ?

R : c'est bien la manière dont ils délivrent la méthadone mais le fait de venir chaque jour est un détail

E : Que proposez-vous à la place ?

R : qu'on nous fasse venir deux ou trois fois par semaine

E : Donc ça vous fatigue ?

R : non pour l'instant ça va peut-être que ça me fatiguera après » (Petit).

La prise de méthadone en ambulatoire au quotidien présente pour beaucoup d'usagers une contraintes économiques vue la distance qui sépare le CEPIAD à leur lieux de résidence. D'autres rapportent que le fait de sortir chaque jour de leur domicile le matin pour aller au CEPIAD n'installe pas la confiance dans leurs familles. Celles-ci constatent le même comportement qui consiste à sortir de la maison tous les jours pour aller acheter sa drogue, et doutent de l'arrêt de la fréquentation du milieu.

Encadré 5 : Extrait du club méthadone du 5 août 2016

Club méthadone 5 août 2016

Lieu : CEPIAD

Thème : Effets secondaires de la méthadone

Langue : Wolof

Participants : 23 usagers de drogues dont 4 femmes ; 2 membre de l'équipe de terrain ; le major de service ; 1 assistant social et 1 pharmacienne.

Animateur : C'est quoi un effet secondaire ?

Après un certain nombre de propositions de réponses données par les usagers de drogues, l'assistant social récapitule ainsi : « d'après vos réponses on peut dire qu'un effet secondaire est quelque chose qui peut arriver suite à la consommation d'un médicament, à laquelle on s'attendait pas, dont les manifestations dépendent de chaque personne »

Il propose ensuite aux usagers de dire les effets secondaires ressentis avec la méthadone.

Usager de drogues 1 : Constipation

Pharmacienne : Oui, c'est un effet secondaire de la méthadone, mais si la personne fait du sport, boit beaucoup d'eau et consomme beaucoup de fruits tels que la pomme, cela peut beaucoup l'aider.

Usager de drogues 2 : quand je suis au calme, je fais parfois des sursauts inconscients.

Pharmacienne : on étudiera cela.

Usagers de drogues 3 : moi j'ai des insomnies et des bouffées de chaleur qui me réveille pendant la nuit. Je prends une dose de tabac roulé et cannabis pour dormir.

Pharmacienne : cela est causé par la dose de méthadone que tu prends, il faut en parler avec le médecin. La poly consommation peut être à la source des maux aussi.

Assistant sociaux : il faut faire très attention aux produits qui réduisent les effets de la méthadone comme l'alcool

Usager de drogues 4 : je bois de l'alcool et sens le *sickness* la nuit.

Pharmacienne : l'alcool inhibe les effets de beaucoup de médicaments tels que la méthadone.

Usager de drogues 5 : je maigris et prend beaucoup de temps avant de pisser.

Plusieurs usagers de drogues en même temps : cet effet-là, beaucoup le ressentent, plusieurs personnes maigrissent aussi, la méthadone là vraiment...

Pharmacienne : pisser difficilement fait partie des effets secondaires.

Usager de drogues : Je dors tout le temps et je n'ai pas d'appétit

Assistante sociale : il faut faire attention à la poly consommation

Usager de drogues : le fait de pisser difficilement que les gens évoquent ici, pour dire vrai, on le sentait quand on prenait beaucoup de *came*. Quand on prend beaucoup de méthadone aussi cela fait la même chose. La came et la méthadone c'est presque la même chose.

Usager de drogues : on ne doit pas regarder ce que la personne consommait dans le milieu pour juger sa dose de méthadone. Ce n'est pas parce que je prenais 4

parts de brown par jour que je dois prendre beaucoup de méthadone. Cela dépend du métabolisme.

La discussion sur les effets secondaires soulève des polémiques entre les usagers de drogues qui ne partagent pas les mêmes positions. Certains soutiennent qu'il y a des effets non attendus qui découlent de la prise de méthadone qu'ils ne comprennent pas. Ils soutiennent qu'il y a des effets secondaires qui se sont généralisés comme les difficultés à pisser et la perte de poids. Ce dernier aspect est perçu comme valorisant et signe de sortie de la toxicomanie à l'instar du retour du « voyage hors du milieu » où les critères de jugement de l'arrêt de la consommation sont la prise de poids et l'éclaircissement du teint. La perte de poids est associée à l'usage de drogues qui ne leur donne ni le temps, ni les moyens de bien se nourrir, tellement ils sont à la recherche de *came*. Dans ce contexte, le CEPIAD avait inclus, dans ses activités, la supplémentation en *plumpy sup* pour les usagers de drogues qui répondaient à certains critères liés à leur poids avant l'organisation de repas communautaires.

D'autres usagers de drogues disent que tous les effets évoqués pour la méthadone sont bien connus de tous puisqu'avec la *came* ils ont ressenti les mêmes choses. Ils soutiennent que, contrairement aux drogues, la méthadone leur permet d'avoir une vie saine et tranquille. Selon eux, il est préférable de ressentir les mêmes effets avec la méthadone gratuite et bien contrôlée qu'avec la *came* coupée avec n'importe quel produit et qu'ils acquièrent difficilement. Ils accusent les autres de vouloir sortir du traitement méthadone en cherchant des alibis pour pousser les médecins à diminuer leurs doses progressivement.

La poly consommation, un problème à double facette

Tous les usagers de drogues rencontrés au cours des investigations consomment, au moins, deux produits. Pour la plupart, l'entrée dans la consommation de *came* a été précédée par la consommation de cigarette, d'alcool et de cannabis particulièrement. Puis, dans le milieu de la *came*, des combinaisons de produit telles que l'héroïne et la cocaïne, étaient très fréquentes. La méthadone qui est un produit de substitution à l'héroïne ne règle pas le problème de la consommation des autres produits. Ces derniers ont chacun, en fonction des individus, une fonction particulière qui explique sa consommation. Le traitement à la méthadone est associé à l'usage d'autres

produits parmi lesquels le cannabis occupe la plus importante place.

E : Qu'est-ce qui vous incite à prendre du *boon* ?

R : par exemple quand tu ne trouves pas ton *tips* en prenant de la méthadone, tu prends autre chose comme le boon qui te procure ton *good time* cela peut inciter la consommation de yamba (Weuy).

« E : Du temps où vous prenez de la came vous aviez du *tips* en avez-vous toujours ?

R : oui je l'ai toujours

E : Comment ça vous arrive ?

R : le soir j'ai de très bon *tips* je fume du *boon* la nuit. Quand j'en fume j'ai de bons tips

E : Donc ces tips sont importants pour vous ?

R : oui, mais avec la méthadone, il faut prendre du boon pour avoir de bon tips ? » (Petit).

Selon les médecins et pharmaciens, la méthadone n'est pas un produit euphorique et qu'il est prévisible que les usagers de drogues sous traitement la combine à d'autres produits pour retrouver le plaisir dans la consommation. Dans le contexte du traitement de substitution à la méthadone, le cannabis remplit, pour les usagers de drogues, la fonction euphorisante. Le *boon*, ou la cigarette est également utilisé tout de suite après la prise de méthadone pour la descente. Cette pratique est issue du milieu où elle était spécifiquement employée par les sniffeurs qui consomment du cannabis ou de la cigarette pour la descente du produit dans leur organisme, avec une préférence de la descente avec le cannabis.

Encadré 6 : extrait du club méthadone du 19 aout 2016

Club méthadone du 19 aout 2016

Lieu : CEPIAD

Thème : méthadone et alcool

Langue : wolof

Participants : 23 usagers de drogues dont 3 femmes, 1 médecin, 1 assistant social, 2 pharmaciens et 1 animateur pair.

À la suite de l'introduction par un pharmacien, l'animateur pair oriente le débat : « le thème revient sur la poly consommation comme on faisait avant. La grande dépendance à l'héroïne est résolue mais la poly consommation reste chez ceux qui en avaient l'habitude.

Usager de drogues 1 : pour moi l'alcool efface la méthadone, c'est la même chose que pour la came.

Usager de drogues 2 : je bois tous les jours de l'alcool avant et après la prise de méthadone. Comme avant avec héroïne. J'ai des troubles de sommeil et l'alcool m'aide beaucoup.

Usager de drogues 3 : dans le centre, les gens disent que la poly consommation n'est pas bonne mais on le fait tous. On consomme le *yamba*, la coca, l'alcool et tout.

L'assistant social recadre le débat et réexplique le thème du jour qui traite de la consommation de méthadone et d'alcool et ses effets.

Usager de drogues 4 (femme) : moi je consomme l'alcool. Car quand je prenais l'héro j'avais des problèmes avec mes proches. Maintenant, depuis que je suis dans le programme méthadone, je consomme de l'alcool pour pouvoir faire face à ma famille. S'il y a un événement à la maison ou chez d'autres parents, il faut que je boive au moins 2 bières pour être à l'aise et pouvoir discuter avec les gens. Si je ne prends pas mes bières, je reste dans ma chambre ou je reste calme. J'ai eu 30 ans de rupture familiale et l'alcool m'aide à réintégrer ma famille et mes proches.

Usager de drogues 5 : d'après ce que j'ai appris ici, je sais que l'alcool baisse la dose de méthadone. J'ai discuté avec un junky qui m'a dit qu'il ne veut pas intégrer le programme car la méthadone baisse la libido.

Usager de drogues 6 : je bois toujours de l'alcool après ma prise de méthadone mais à chaque fois que je bois, je baille et sens le manque. En venant au CEPIAD les matins, je suis très *sick*.

Pharmacien : la prise d'alcool a des conséquences sur la durée de l'effet de la méthadone, elle réduit cette durée. Cela peut pousser un individu inclus à abandonner le programme car il ne voit pas de résultats. Il y a également une autre conséquence pour les personnes porteuses d'hépatites. Cela aggrave la maladie et expose au risque de cirrhose et de cancer du foie.

Usager de drogues 4 (femme) : quelle est la solution

Pharmacienne : il faut une volonté, une motivation propre.

Médecin : non, c'est trop facile comme réponse

Animateur pair : il y a un médecin pour ça ici. Il faut aller le voir.

Médecin : l'addiction crée une autre personnalité. Tous les patients ici sont dans la poly consommation, mais n'en parlent pas à la consultation. Il faut en parler.

Assistant social : des gens sur le terrain me disent qu'ils ne veulent pas venir au CEPIAD car ceux qui y sont *use* encore. Maintenant j'ai une idée claire sur les causes. L'alcool gâte le traitement.

Usager de drogues 7 : moi je consomme l'alcool car après la prise de méthadone, je n'ai rien à faire et je ne veux pas retourner dans le tracé. Donc je préfère rester au bar.

Usager de drogues 8 : avant d'être inclus dans le programme méthadone, je buvais de l'alcool. Au réveil, j'ai toujours la gueule de bois et mon sang ne circule pas à 100%. Il faut que je boive de l'alcool pour me dessouler et permettre au sang de circuler normalement. Sinon, je ne sentirai pas l'effet de la méthadone.

Le médecin remercie les participants et dit que l'alcool gâte le traitement et détruit la motivation car la personne ne voit pas de résultats. Il détruit aussi la relation avec le médecin car il n'y a plus de confiance. Je vois des gens ici devenu très clean et suis content car le médecin aime faire des résultats. L'indiscipline thérapeutique est facteur de rechute.

La consommation d'alcool est perçue par les soignants, plus particulièrement les pharmaciens, comme une contrainte pour l'atteinte des résultats escomptés avec le traitement méthadone. Ils s'inscrivent dans un discours d'abstinence à l'alcool, inhibiteur de la méthadone, pour que les usagers de drogues sous traitement ne ressentent pas de manque. Pour certaines personnes qui en consomment, l'alcool semble jouer un rôle secondaire important à leur traitement. Les motifs de consommation évoqués recouvrent des aspects sociaux tels que le désir de réintégration social et des aspects thérapeutiques tels que le traitement des insomnies. Les investigations montrent que chaque produit consommé en même temps que la méthadone.

Encadré 7 : extrait du club méthadone du 7 octobre 2016

Club méthadone du 7 octobre 2016

Lieu : CEPIAD

Thème : évaluation emport à domicile

Langue : Wolof

Participant : 1 animateur pair, 1 pharmacienne, 25 usagers de drogues dont 2 femmes, 1 assistant social et un infirmier.

Introduction par l'animateur pair sur le traitement et l'emport à domicile. Il explique que le CEPIAD a commencé à répondre à une aspiration des usagers de drogues qui est l'emport de la méthadone à domicile et se réjouit, avec les participants, de cette décision. Il explique que c'est un début, le CEPIAD est en phase de test et organise l'emport à domicile les week-ends, mais que cela peut progresser en fonction de chaque usager de drogues.

Pharmacienne : elle remercie l'animateur et s'adresse aux participants : « Le club méthadone d'aujourd'hui est axé sur l'évaluation de l'emport de la méthadone à domicile le week-end dernier. Je suis fâchée et très déçue car sur toutes les personnes qu'on a testé le lundi matin, il n'y a que trois qui sont *clean* ».

Participants (en cœur) : nooooooon !!!!!

Pharmacienne : « Depuis qu'on parle des dangers de la poly consommation ici. Chacun le sais. Mais il n'y a aucun résultat. Toutes les agressions, insultes, disputes dans le CEPIAD, c'est à cause de la poly consommation. Je ne parviens pas à comprendre, qu'il y ait 18 personnes qui aient pris de l'héroïne pendant le week-end.

Vous ne vous aidez pas. Vous ne profitez pas du dispositif qui est mis à votre disposition. Vous estimez mal ce que vous avez et que d'autres demandent encore à avoir. C'est comme si votre situation ne vous fait pas mal. Avec ces résultats, j'ai compris que vous venez CEPIAD que pour « soigner votre manque ». Mais vous ne voulez pas sortir de votre situation. C'est triste et dommage.

Animateur pairs : C'est un constat que le CEPAID a fait et nous sommes tous concernés. Qui veut intervenir?

Usager de drogues 1 : Je suis content de ce qu'Agnès a dit. Quand je viens ici c'est pour sortir de ma situation. Mais j'ai mal car Agnès pense qu'on est là que pour

notre *sickness*. Je prends la coca mais pas l'héro. Sinon je ne serai jamais venu au CEPIAD. Quand on nous a demandé de faire les tests lundi tout le monde était fâché mais les résultats ont donné raison. Sur 150 personnes 3 seulement sont clean.

Usager de drogues 2 : Moi j'ai mal. Car si on vient ici c'est pour abandonner la drogue. Moi j'ai fumé un *join* mais la prochaine fois tu ne verras rien.

Animateur pair : le gros lot est concerné par la poly consommation méthadone plus *yamba*. L'héro c'est faible. Mais les tests font honte.

Usager de drogues 3 : J'ai honte. Depuis que je suis dans le programme. Je ne fume que du *yamba* parce que pour moi, c'est banal, c'est rien. La cocaïne est dangereuse, elle crée une addiction, mais la méthadone permet de la guérir. Mais moi j'ai honte je lutterai pour arrêter le *yamba*.

Usager de drogues 4 : Moi je ne prends rien d'autres à part les comprimés pour dormir car je manque de sommeil.

Usager de drogues 5 : je ne bois pas mais je fume *le boon*. Je l'aime. On a fait une faute, on demande pardon. Mais le médecin est notre guide. Il ne devait pas abandonner la salle.

Usager de drogues 6 : ce qu'Agnès a dit est vrai. La majeure partie des gens est ici pour enlever le *sickness*. Nous sommes tous adultes. Chacun sait ce qu'il fait. On a tous reçu des informations à l'inclusion dans le programme. On ne peut pas dire qu'on ne savait pas mais qu'on a fait ce qu'on veut. Les gens parlent ici mais dehors on sait ce qu'on fait. Moi je fais de la poly consommation mais c'est pour mon plaisir. On n'a pas de cas overdose en poly consommation, c'est pourquoi les gens continuent mais....

Usager de drogues 7 : ce qui amène la poly consommation c'est les responsables ici qu'on voit fumer le *xeer* dans le milieu. Moi c'est la cannette de bière que je prends.

Usager de drogues 8 : y'en a qui viennent pour *yoku sen daju* (consommer de l'héroïne puis de la méthadone pour augmenter le niveau de plaisir), *beug di mandî rek*. Mais il ne faut pas généraliser, il y a des gens qui veulent arrêter et d'autres non.

Animateur pair : on ne peut pas particulariser les résultats des tests. On évalue de manière générale. Le sujet c'est ce qu'elle a dit, que l'on prenne des décisions. Quel que soit le motif nous voulons tous arrêter. Le train est parti et on doit laisser personne derrière.

Pharmacienne : il ne faut pas particulariser le débat. Que personne n'incrimine personne. Nous sommes tous les même. Il n'y a que des malades ici. On ne peut pas dire que c'est parce que celui-là achète de la cocaïne que je vais en acheter aussi, on vous a appris l'estime de soi. Celui qui se laisse emporter c'est parce qu'il le veut.

Usager de drogues 9 : la poly consommation ne peut pas disparaître du milieu. Quand j'ai entendu le résultat j'ai eu mal. Je sais que je suis dedans. Je demande aux gens de faire des efforts.

Usager de drogues 10 : moi je suis coupable je consomme du *xeer*, du *riwoltril*, de l'alcool et du *boon*. Moi je me sais capable de tout abandonner sauf l'alcool. Il me pose un réel problème.

Usager de drogues 11 : la poly consommation est une réalité dans le milieu, on ne peut pas facilement l'abandonner. On a besoin d'aide.

Dans une démarche intégrée, les responsables du CEPIAD prennent en compte les différentes attentes des usagers de drogues pour améliorer leur offre de traitement. Des activités sociale et économique sont mises en place depuis l'ouverture du centre pour permettre aux usagers de drogues qui le souhaitent, de pouvoir s'occuper à l'intérieur du centre. C'est ainsi que des espaces de maraichage, de micro jardinage, d'élevage, d'expression artistique, de couture, de lecture, d'initiation à l'informatique ont été créés et confiés à des usagers de drogues.

Dans cette même perspective de réponse aux aspirations des usagers de drogues, le CEPIAD a initié l'emport de la méthadone à domicile. Les essais pour cette approche du traitement se faisaient, ou cours de nos dernières investigations, pendant les week-ends. Les soignants les soumettent à un test urinaire en début de semaine pour vérifier les produits consommés pendant le week-end. La discussion organisée sur les résultats des tests urinaires rapporte que les usagers de drogues en traitement ont consommé beaucoup d'autres produits en même temps que la méthadone. Les propos de la pharmacienne expriment une colère, plus, un sentiment d'échec imputable à la poly consommation que le médecin qualifie « d'indiscipline thérapeutique ».

La posture des soignants pose problème à plusieurs niveaux dans le contexte du traitement des usagers de drogues dans la perspective de réduction des risques. Tout d'abord, la poly consommation n'est pas lié à l'emport à domicile car, depuis le début de leur traitement, les usagers de drogues sont restés dans la consommation de plusieurs produits. Ensuite, le discours sur l'abstinence semble contradictoire avec le principe de la Réduction des Risques qui n'interdit pas l'usage de produits mais essaye d'encadrer chaque consommation pour protéger les usagers de certaines maladies et leur permettre d'avoir une vie saine. Le club méthadone permet de voir que les usagers de drogues acceptent d'être aidés pour leur consommation d'autres produits pour lesquels ils ressentent une addiction.

Conclusion

La longue attente des usagers de drogues d'un traitement de substitution mis en place au Sénégal en 2015 a installé, dans l'immédiat, un sentiment de satisfaction collective chez les usagers de drogues au début de leurs inclusions. La méthadone, parfois traité comme un médicament « miracle » permet, selon les personnes incluses dans le programme d'avoir une vie saine et renouer avec des pratiques sociales et religieuses que la situation de consommation de *came* ne les leur permettait pas. À la suite des premières appréciations, les usagers de drogues commencent à se poser des questions sur leur traitement, sur ses effets ainsi que sur son mode de délivrance.

La prise quotidienne de méthadone dans le CEPIAD, en plus des doutes sur le traitement que cela crée pour certaines familles qui constatent les mêmes comportements de sortie quotidienne de l'utilisateur de drogue, comporte une autre contrainte. Selon les usagers de drogues, l'une des conditions pour arrêter la consommation de *came* est de quitter complètement le milieu, d'avoir d'autres fréquentations. Dans leurs anciennes habitudes de consommation, le CEPIAD ressemble à un réseau où les usagers se rendent pour consommer leurs drogues. Ceci les remet dans le même milieu qu'ils considèrent comme propice pour une rechute dans la consommation. Le mode de délivrance en ambulatoire au quotidien ne permet pas la sortie du milieu, condition perçue comme requise pour sortir de la toxicomanie.

En ce qui concerne la durée du traitement, les usagers de drogues se préoccupent à l'idée de devoir prendre la méthadone toute leur vie. Cette préoccupation est manifestée dans les discours par la demande de diminution progressive des doses de méthadone et dans les pratiques par l'arrêt, par certains usagers, du traitement pendant quelques jours pour s'auto-évaluer. Le traitement de substitution tel qu'envisagé et communément admis chez les usagers de drogues ne correspond pas à l'offre du CEPIAD. La durée perçue du traitement qui varie entre 15 et 45 jours, correspondant à la durée de leur ancienne méthode de sevrage en psychiatrie ou d'auto-sevrage pour devenir *clean*.

Dans leur quête de traitement pour sortir de la consommation des drogues, les usagers de drogues ont eu recours à plusieurs méthodes, avec comme motif de

devenir *clean*, départi de toute consommation de produits, quel qu'ils soient. Les usagers de drogues ayant abandonné le traitement et qui sont revenus dans le programme à cause du *sickness* de la méthadone considèrent cette reprise du traitement comme une rechute dans la méthadone de laquelle ils sont devenus dépendant. Ils manifestent la crainte de ne jamais pouvoir sortir de la consommation de méthadone, qui est le sentiment assez commun chez les usagers de drogues, imputable à la durée indéterminé de leur traitement médical.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le concept théorique de médicalisation désigne le processus par lequel des problèmes non médicaux deviennent définis et traités comme des problèmes médicaux, généralement en termes de maladie ou de trouble (Conrad, 1992). En Afrique, certains problèmes de santé paraissent sous-médicalisés dans la mesure où ils ne sont pas traités (au sens médical du terme), ou le sont par des processus d'exclusion ou de disqualification sociale des personnes qui en sont atteintes : c'est le cas des handicaps par exemple. Face à ces problèmes, une médicalisation incluant un diagnostic et des moyens de traitement serait souhaitable pour ces personnes et d'un point de vue de justice sociale.

Retour sur l'objet de la thèse

Notre propos dans cette thèse était d'analyser les effets sociaux de la mise en place d'un dispositif de prévention et de traitement des addictions par la description du processus de médicalisation et la description des effets sociaux favorables ou défavorables pour les usagers de drogues. La recherche est partie de l'hypothèse générale selon laquelle les usagers de drogues à Dakar, qui ont une longue expérience dans le milieu de la consommation de produits jugés « illicites », se sont créés un univers « à la marge ». Ils y ont capitalisé un certain nombre d'expériences en matière de pratiques de consommation, de modes de gestion de leur toxicomanie, de leurs rapports aux produits et aux pratiques de sevrage. Cette *expertise* est mobilisée pour apprécier le nouveau dispositif de soin qui est mis à leur disposition. Ce dispositif leur permet, dans un contexte général marqué par un déficit de traitement pour plusieurs populations et pour plusieurs pathologies en Afrique, d'avoir accès à des soins qui leur permettent d'entamer un processus de dé-marginalisation sociale mais qui les enferme, en même temps, dans un 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.

Être usager de drogues à Dakar : un *milieu*, une sous-culture et une expertise profane en matière de traitement

Le processus qui aboutit à la marginalité chez les consommateurs de drogues à Dakar est très dynamique, allant de l'initiation, puis à la phase *être junky*, pour aboutir à la phase *lonku*. Les résultats montrent que c'est généralement dans cette phase ultime que les consommateurs de drogues sont susceptibles de connaître un statut marginal dû aux nombreuses ruptures (sociales et professionnelles), et à l'absence sociale (des familles ou foyer). L'usager de drogues entre pleinement dans le milieu des pairs consommateurs où il intègre un groupe restreint, garant de sa sécurité de consommation par le partage des doses et par la collaboration pour la recherche d'argent. Dans le *junkya*, les consommateurs de drogues partagent l'idée selon laquelle leur *lonku* est un *nattu* (fardeau divin) et fustigent les propos qui tendent à les assimiler à des « marginaux », des « déviants », des « criminels ».

En définitive, la catégorisation de la consommation de drogue comme comportement marginal reste ambiguë compte tenu de la temporalité, des sphères et des étapes de la consommation ou, pour reprendre le terme de Becker (1985), de sa « carrière » de consommation. Qui plus est, dans la phase de *lonku*, tous les consommateurs de drogues se fixent l'objectif principal de sortir de la consommation et de devenir « clean » en entreprenant, pour eux et par eux-mêmes, des pratiques d'auto-sevrages.

L'automédication, une pratique de sevrage fréquente dans le milieu des consommateurs de drogues à Dakar, consiste à recourir à un ou plusieurs médicaments avec pour objectif de traiter un ou plusieurs maux. L'absence de traitement de substitution dans les services publics a permis le développement du marché informel de médicaments et l'a rendu rentable, puisque le Subutex y est vendu à un prix démesuré par rapport aux tarifs pratiqués en Europe d'où viennent les personnes qui en ont popularisé l'usage au Sénégal. Aussi les usagers sont-ils obligés de « diviser les doses » jusqu'à un niveau qui, bien qu'ils ressentent des effets sédatifs sur le syndrome de manque, n'est peut-être pas suffisant pour bénéficier pleinement du produit. Les usagers de drogues ont construit un savoir profane autour de ce médicament sans l'aide des professionnels de santé, et leurs

ressources (acquisitions personnelles de connaissances et partage d'expérience entre eux et avec les usagers ou ex-usagers venus d'Europe) leur ont permis de mettre en place des mesures, qui ne parviennent cependant pas à les satisfaire pleinement.

Le *voyage hors du milieu* est l'expression employée par les consommateurs de drogues à Dakar pour désigner une autre pratique d'auto-sevrage qui consiste à quitter le *milieu* pour rompre sa consommation. Cette pratique finit généralement par échouée quand l'utilisateur de drogues rentre à Dakar et y reprend sa consommation. Le voyage hors du milieu comme pratique d'auto-sevrage finit par être considéré comme un moment de repos qui permet aux usagers de « rester encore en vie » plutôt que de se laisser mourir par un excès de consommation mal contrôlée. Le voyage leur permet, en définitive, de régénérer leur organisme, de se reposer de la quête de dose, de repenser à leur vie et à des projets d'avenir.

Les mobilisations collectives autour de l'usage de drogues à Dakar : des structures de lutte contre les drogues

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 montrent que les interventions des associations et ONG de lutte contre les drogues 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 avancée dans les communautés dans tout le pays à la demande des populations.

Le dispositif en œuvre dans les associations et ONG ne prévoit pas de place spécifique aux usagers de *came* (héroïne, cocaïne/crack), faisant d'eux la population à *parent pauvre* du dispositif associatif autour de l'usage des drogues. La référence vers les hôpitaux psychiatriques a été l'outil mis en œuvre pour cette catégorie d'utilisateurs qui est dans une quête de sevrage. Les nombreux échecs thérapeutiques les ont conduits à des pratiques d'auto-sevrage qui, à leur tour, sont vaines. Les limites que présentent les initiatives individuelles ont fait émerger

l'idée d'association qui leur permet de réunir de la ressource humaine et des capitaux pour satisfaire leur quête de sevrage. Toutes ces mobilisations abondent dans le sens de la médicalisation de la consommation des drogues : les structures de traitement et les usagers eux-mêmes traitent le phénomène comme une maladie et développent des approches différentes de traitement.

Le projet UDSEN est certes un point fort du processus de médicalisation de par l'approche basée sur la réduction des risques qu'il met en œuvre, mais il n'est pas le premier à abonder dans le sens de la médicalisation de l'usage des drogues au Sénégal. D'autres acteurs comme les familles des usagers de drogues, en recherchant des soins pour leurs parents consommateurs et l'autorité juridique, par le principe de l'injonction thérapeutique, participent aussi au processus de médicalisation dans les pratiques et dans les discours.

L'avènement de la médicalisation et ses effets sociaux immédiats

La mise en place du dispositif médical de traitement des usagers de drogues qui fait l'objet de cette thèse et dans laquelle nous observons le phénomène (ou processus) de médicalisation, a débuté en 2008. Cette date de référence est choisie car, jusqu'en 2008, il n'y a pas eu d'études spécifiques sur la population d'usagers de drogues au Sénégal avec pour objectif de les accompagner par un traitement de référence.

La description du processus de médicalisation de l'usage de drogues au Sénégal laisse apparaître une multitude d'acteurs qui se sont impliqués au fur et à mesure que le dispositif se mettait en place. L'implication d'auteurs européens est notée dès les débuts du processus et est décrite comme le point de départ du programme de traitement en cours au Sénégal. Cela témoigne d'une diffusion des pratiques de traitement des usagers de drogues en Afrique à partir de l'Europe.

La description du processus montre le rôle joué par l'infection par le VIH qui a été le prétexte de la mise en place d'un programme de traitement pour les usagers de drogues, définis comme groupe « vulnérable ». L'entrée par le VIH pour traiter l'usage de drogues se lit à travers la ressource humaine mobilisée qui, en grande partie est composé de professionnels du sida. L'influence du VIH apparaît aussi

dans les pratiques par la priorité donnée au programme d'échange de seringues dans le package de la RDR de l'OMS.

Le processus de médicalisation de l'usage de drogues fait émerger un nouveau jargon avec des termes pour désigner les usagers de drogues ainsi que les composantes de leur traitement. Les termes comme addiction et auto-support, axés sur les bénéficiaires du traitement, indiquent une manière spécifique de les considérer, et peuvent avoir un effet sur les perceptions de cette population. Le jargon est vulgarisé au CEPIAD, chez les usagers de drogues et lors des formations d'acteurs impliqués dans le traitement des drogues au Sénégal.

Le processus de médicalisation, incluant un nouveau jargon et de nouvelles pratiques de traitement, est apprécié différemment par les acteurs sociaux immédiats. Les résultats montrent que les soignants ainsi que les associatifs sont la catégorie qui accepte et s'approprie les concepts et la démarche de réduction des risques. Ils constituent par la suite des acteurs clés dans la dissémination des principes de la RDR ainsi que du jargon qui lui est associé. À ce titre, les exemples des interventions fréquentes des associatifs et des soignants dans la presse peuvent être cités. Ils deviennent des relais de la médicalisation à travers la presse qui les diffuse à un niveau beaucoup plus large.

Les résultats montrent cependant que d'autres acteurs tels que les forces de l'ordre, acceptent moins que les autres les principes de la RDR et son jargon. Ils utilisent des arguments et des principes relatifs à leur profession pour les réfuter. Ils s'opposent ainsi à la démarche de RDR et ne partagent pas les mêmes perceptions sur les usagers de drogues que les soignants. Ils deviennent en fin de compte un obstacle à la pratique médicale car, comme les résultats le montrent, ils ne sont pas régis par les mêmes textes que les médicaux. L'exemple du programme d'échange de seringues qui, pour les soignants, a une visée de prévention, est perçu par les forces de l'ordre comme une démarche qui expose l'utilisateur de drogues à l'incarcération.

Les résultats montrent que les usagers de drogues à Dakar, qui ont une longue expérience dans le milieu de la consommation de produits jugés « illicites », se sont créés un univers « à la marge » où ils ont capitalisé un certain nombre d'expériences en matière de pratiques de consommation, de modes de gestion de leur toxicomanie,

de leur rapports aux produits et de pratiques de sevrage. Ces savoirs « profanes » sont mobilisés pour apprécier le nouveau dispositif de soin qui est mis à leur disposition. Le dispositif leur donne accès à des soins qui les permettent d'entamer un processus de dé-marginalisation sociale mais qui les enferme, en même temps, dans un 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.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADELEKAN M.L., 1989, « La consommation de drogues chez les élèves de l'enseignement secondaire dans l'État d'Ogun (Nigeria) d'après leurs propres déclarations », *Bullet Inde's Stupéfiants*, N° 1 et 2, pp. 123-131.

ADELEKAN M.L., LAWAL R.A., 2006, « Drug use and HIV infection in Nigeria: review of the recent findings », *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, 2006, N°5 (2), pp. 117-128.

AKOUN A., ANSART P., 1999, *Dictionnaire de Sociologie*, Paris, Seuil (Collection Dictionnaire Le Robert/Seuil).

ANRS 12243 « UDSSEN », 2011, *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 d'enquête.

ARBORIO A.-M., 1996, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèse*, N° 22 (1), pp. 87-106.

BARRY M., 1991, « Le Tiers Monde malade du tabac américain », *La Recherche*, n° 236, pp. 1190-1193.

BECKER H., *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié, 247 p.

BECKER H., GEER B., HUGHES E., STRAUSS A., 1961, *The Boys White : Student Culture Medical School*, Chicago, University of Chicago Press.

BELL S.E., 1987, « Premenstrual syndrome and the medicalization of menopause : a sociological perspective », Ginsburg B.E., Carter B.F., *Premenstrual syndrome: Ethical and legal implications a biomedical perspective*, Plenum, New-York, pp. 151-171.

BELL S.E., FIGERT A.E., 2012, « Medicalization and pharmaceuticalisation at the intersections: looking backward, sideways and forward, *Social Science and Medicine*, doi:10.1016/j.socscimed.2012.04.002

BERT J.-F., 2009, « La notion de médicalisation et son emploi. Comment Foucault déplace et redéploie cette notion », Yaya H.S. (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Les Presse de l'Université Laval.

BLONDEAU S., 1987, « L'Afrique : plaque tournante de l'héroïne du Croissant d'or et de la cocaïne d'Amérique du Sud », 24 juin 1987.

BUREAU OF INTERNATIONAL NARCOTICS AND LAW ENFORCEMENT AFFAIRS (INL), 2005, *International Narcotics Control Strategy Report*, Washington, DC.

BUREAU OF INTERNATIONAL NARCOTICS AND LAW ENFORCEMENT AFFAIRS (INL), 2008, *International Narcotics Control Strategy Report*, Washington, DC.

BUREAU OF INTERNATIONAL NARCOTICS AND LAW ENFORCEMENT AFFAIRS (INL), 2009, *International Narcotics Control Strategy Report*, Washington DC.

BUREAU OF INTERNATIONAL NARCOTICS AND LAW ENFORCEMENT AFFAIRS (INL), 2013, *International Narcotics Control Strategy Report*, Washington, DC.

CAMARA M., 1999, « Économie de la drogue et théorie des jeux », *Tiers-Monde*, t.40, N° 158, pp. 297-317.

CAMARA E.M., 2007 : « la vente illicite des médicaments au marché parallèle de *Keur Serigne bi*, Mémoire de maîtrise de sociologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

CEPIAD, 2014, « Présentation générale du Centre de prise en Charge Intégré des Addictions ».

CEPIAD, 2014, « Document interne du référentiel organisationnel des acteurs et services du CEPIAD ».

CESONI M.L., 1992, « Les routes des drogues : exploration en Afrique subsaharienne », *Tiers-Monde*, t.33, n°131.

CILD, 2003, « Guide d'information et de formation sur les drogues à l'usage des professionnels de la prévention », Ministère de l'intérieur, Sénégal.

COLLIN J, SUISSA A.J., 2007, « les multiples facettes de la médicalisation », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, p. 25-33, <http://id.erudit.org/iderudit/016048ar>.

COLLOMB H., DIOP M., AYATS H., 1962, « Intoxication par le chanvre indien au Sénégal », *Cahiers d'études africaines*, N°3 (9), pp. 139-144.

CONRAD P., 1999, « Medicalization and social control », *Annual Review of Sociologie*, Vol. 18, <http://www.jstor.org/journals/annrevs.html>.

CONRAD P., 2005, « the shifting engines of medicalization », *Journal of health et social behavior*, Vol. 46, pp. 3-14.

CSETE J., SANCHEZ C., 2013, « Telling the story of drugs West Africa: The newest front a losing war? », *Global Drug Policy Observatory (GDPO)*, Policy Brief 1.

CUSSON M., 1992, « Déviance », Boudon R. (dir.), *Traité de sociologie*, chapitre 10, Paris, Les Presses universitaires de France.

DANE C., 2006 : « L'empowerment, un concept pour la France ? », *Colloque Territoires, action sociale et emploi*, Centre d'Etudes de l'Emploi, Cnam, Profession Banlieue, Paris.

DANIEL F., COUSINEAU D.F., GARIÉPY M.-H., 2000, *Les drogues de substitution*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal.

DELE A, 2011, « Nigeria tops hard drugs use Africa », *The Nation (Nigeria)*, 28th June 2011 — <http://thenationonlineng.net/?s=Nigeria+tops+hard+drugs+use+in+Africa>.

DELVENNE C. ET PASLEAU F., 2000, « Comment résoudre en pratique un problème diagnostique ou thérapeutique en suivant une démarche EBM », *Revue Med*, Liege

N°55 (4), pp. 226-232.

DEPELTEAU L., 1995, « La prévention de la toxicomanie et de la délinquance des jeunes : vers une intégration des modèles », *Revue Canadienne de Psycho Éducation*, N°22 (2), pp. 105-113.

DESCLAUX A., 2001, « L'observance en Afrique : question de culture ou *vieux problème* de santé publique ? », *Observance et VIH, Collection Sciences Sociales et Sida*, Paris, ANRS, pp. 57-66.

D'HONDT W., VANDEWIELE M., 1984 « Use of drugs among senegalese school going adolescents », *Journal of Youth and Adolescence*, N°3, pp. 253-266.

DIOP S. ET AL., 1980, « Le tabagisme en Afrique : problème actuel ou futur de santé publique », *Médecine d'Afrique Noire*, N° 3, pp. 237-242.

DORTIER J.-F., 2004, *Le dictionnaire des sciences humaines*, Paris, PUF.

Doucet M.-C., 2009, « Santéisation et souffrance : un enjeu social contemporain », Yaya H.S. (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Les Presse de l'Université Laval.

DOUMONT D., AUJOLAT I., 2002, « L'empowerment et l'éducation du patient », Unité RESO, *Éducation pour la santé*, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain.

DURKHEIM E., 1981, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, P.U.F.

DURKHEIM E., 1986, *De la Division du travail social*, Paris, P.U.F.

ELLIS S., MACGAFFEY J., 1997, « Le commerce international informel en Afrique subsaharienne. Quelques problèmes méthodologiques et conceptuels », *Cahiers d'études africaines*, t.37, N°145, pp. 11-37.

FAIZANG S., 2013, « The Other Side of Medicalization: Self-Medicalization and Self-Medication », *Culture Medecine and Psychiatry*, n°37, pp.488-504.

FAYE S.L., 2010, « Patrimonialisation et politisation contemporaines au Sénégal : *Saltigi serer sinig* et séances de *Xooy* à l'épreuve du temps », *Annales de la faculté des lettres et sciences humaines*, n°40/B, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

FOTTORINO E., 1991 « L'Afrique des trafics. Les fourmis et les barons de Lagos », *Le Monde*, 25 avril 1991.

FOTTORINO E., 1991, *La piste blanche : l'Afrique sous l'emprise de la drogue*, Balland, Paris.

FOUCAULT M., 1974, « Histoire de la médicalisation », Deuxième conférence prononcée dans le cadre du cours de médecine sociale à l'Université d'État de Rio de Janeiro, octobre, http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/15679/HERMES_1988_2_13.pdf;jsessionid=DAD28C4207E32A4BF2D8DBCCEC93774F?sequence=1

FOUCAULT M., 1993, *Surveiller et punir: Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.

FRASER P., 2013, « la maladie, représentation sociale », <http://pierre-fraser.com/tag/santeisation/>, consulté le 23/01/2013 à Dakar.

FREIDSON, E., 1970, *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*, Dodd, Mead, New York.

FUNKEN V., 1985, « Le sourire d'une lépreuse. Cannabis et lèpre en Casamance », *Psychotropes*, n°1, pp. 9-11.

FUNKEN V., 1986, « De la tradition à l'excommunication. Usages du vin de palme chez les Diolas de Casamance », *Psychotropes*, n°1, pp. 61-68.

GARAPON A., 1996, « Justice et drogue. De la répression d'un acte à la protection d'une personne », *Communications*, N° 1, pp.123-35.

GROENEMEYER A., 2008, « La normativité à l'épreuve », *Déviance et Société*, n° 31 (4), pp. 421-444.

GUÈYE C., 2002, *Touba, la capitale des mourides*, IRD Éditions et Karthala, Dakar-Paris.

GUEYE M., OMAIS M., 1983, « Tentative pour une approche socio-culturelle de l'usage abusif des drogues au Sénégal », *Psychopathologie africaine*, n°19 (2), pp. 141-172.

HALFMANN D., 2012, « Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities », *Health* (London), <http://hea.sagepub.com/content/16/2/186>.

HECKATHORN D. ET AL., 2001b, « A methodology for reducing Respondent duplication and impersonation samples of hidden populations », *Journal of Drug Issues*, n°31(2), pp.

ILLICH I., 1977, « The Limits of Medicine, Medical Nemesis. The Expropriation of Health », *Harmondsworth* (UK), Penguin.

ILLICH I., 1999, « Un facteur pathogène prédominant : l'obsession de la santé parfaite », <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB), 2000, *Repport of the International Narcotics Control Board for 2000*, <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB), 2006, *Repport of the International Narcotics Control Board for 2000*, <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB), 2010, *Repport of the International Narcotics Control Board for 2000*, <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB), 2012, *Repport of the International Narcotics Control Board for 2000*, <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB), 2014, *Report of the International Narcotics Control Board for 2000*, <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB), 2015, *Report of the International Narcotics Control Board for 2000*, <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>.

JACQUES J-P, FIGIEL C (dir.), 2006 : *Drogues et substitution, traitement et prise en charge du sujet*, Bruxelles, De Boeck University.

JAUFRET M., 2000 : « L'auto-support des usagers de drogues en France : groupes d'aide et groupes d'intérêt », Documents du Césames.

LAURE P., 2004, *Histoire du dopage et des conduites dopantes: les alchimistes de la performance*, Vuibert, Paris.

LE NAOUR G, 2005, « Lutte contre le sida : reconfiguration d'une politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues à Marseille », *Sciences sociales et santé*, Vol. 23, n°1, pp. 43-68.

LEBARON F., 2014, *Les 300 mots de la sociologie*, Paris, Dunod.

LEPRÊTRE A., BA I., 2010, « Rapport de l'étude de faisabilité d'une enquête de prévalence et de pratiques à risque d'infection à VIH chez les usagers de drogues au Sénégal » (ETUDE ANRS 12208/IMEA 0806).

LUCAS B., SANDRO C., 1999, « Politique en matière de drogue: une analyse relationnelle ». *Déviance et société*. Vol. 23, n°2, pp. 149-164.

MARIE A., 1981, « Marginalité et conditions sociales du prolétariat urbain en Afrique. Les approches du concept de marginalité et son évaluation critique », *Cahiers d'études africaines*, 21, 81, pp. 347-374.

MASSÉ R., 1995, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la*

prévention et à la promotion de la santé, Gaëtan Morin, Montréal-Paris.

MINO A., 1994, « Les nouvelles politiques de la drogue : exemple genevois », *Psychiatrie de l'Enfant*, n°37 (2), pp. 577-600.

MORIN M., 2001, « De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales », *Observance et VIH*, Paris, ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida, pp. 5-20.

NDIAYE L., 2007, « L'eau maudite des *derniers* de la société : alcool et représentation sociale chez les Wolofs du Sénégal », *Revue électronique internationale du langage SUDLANGUE*, n°7, pp. 117-129.

NDIAYE L., 2014, *Culture, crime et violence. Socio-anthropologie de la déviance au Sénégal*, Paris, L'Harmattan, (Collection Palabres Africaines).

NDIONE M.S., 2005, *Drogues et construction sociale de la marginalisation*, Mémoire de DEA, Sociologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

OFDT, 2003, *Substitution aux opiacés en France, synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France*, Paris.

OLIVIER-DE-SARDAN J.-P., 2003, « Pourquoi le malade anonyme est-il si *maltraité* ? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé », Jaffre Y., Olivier-de-Sardan J.-P. (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

OMS, ONUDC, ONUSIDA, 2009, *Guide Technique Destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2009.

ONUDC, 2005, « Traitement et suivi des femmes pour abus de substances : études de cas et enseignement », Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime.

PANESA F., BARRAS V., 2009, « Ambivalences de la médicalisation : patients, maladies, clinique », Yaya H.S. (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Les Presse de l'Université Laval.

PARDO M., 2002, « Sociologie du risque: nouveaux éclairages sur les facteurs sociaux et la participation publique », *Revue de sociologie et d'anthropologie*, n° 10-11, pp. 285-305.

PARSONS T., 1951, *The Social System*, Londres, Routledge et Kegan Paul.

PERETTI-WATEL P., 2007, *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin.

PIERRON J.P., 2007, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 25, n° 2, juin 2007.

QUEMIN A., 1996, « Sociologie de la déviance » *Revue française de sociologie*, 37-4. pp. 653-655. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_1996_num_37_4_4485.

QUET M., 2014, « L'anthropologie de la santé : entre processus de mondialisation et procédures de bio-médicalisation », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 8, n° 3, pp. 667-674.

RIOUX L., 1998, « Les dimensions spatiale et culturelle de la marginalité : une approche psychosociologique », GUILLAUD D., SEYSSET M., WALTER A. (dirs.), *Le voyage inachevé... à Joël Bonnemaison*, Paris, ORSTOM, pp. 635-640.

ROCHER G., 1975 : *Introduction à la sociologie générale : L'organisation sociale*. Paris, HMH.

ROCHER G., 2006, *La marginalité sociale: Un réservoir de contestation*, Chicoutimi, J.-M. Tremblay (Classiques des sciences sociales).

SCHMELCK M.-A., 1993, *Introduction à l'étude des toxicomanes*, Nathan, Paris

(Collection 128).

SÉNÉGAL, 1997, « Loi 97-18 du 1er décembre 1997 portant Code des Drogues ».

SOW F., 2009, *La recherche féministe francophone. Langue, identités et enjeux*, Paris, Karthala.

SYLVA M.B., 2006 : *Les usagers de la drogue et la justice pénale au Sénégal*, Mémoire de maîtrise, Université Gaston Berger, Saint Louis du Sénégal.

THIOUB I., 1999, « Sénégal : La santé des détenus dans les prisons coloniales », *Revue française d'histoire d'outre-mer*, Vol. 86, N° 324, pp. 65-77.

THIOUB I., BOILLEY P., BERNAULT F., 1999, « Pour l'histoire du contrôle social dans les mondes coloniaux : justice, prisons, et enfermement de l'espace », *Revue française d'histoire d'outre-mer*, Vol. 86, N° 324, pp. 7-15.

TINE B., 2008, *La toxicomanie. Etude sociologique d'une forme de déviance au Sénégal*, Paris, Publibook.

TOUFIK A., JAUFFRET M., 1997, « l'auto-support des usagers de drogues en France », *Revue documentaire Toxibase*, 4ème trimestre.

TREMBLAY J.-M., 2005, « Les homicides » Mucchielli L., Robert P., *Crime et sécurité. L'état des savoirs*, texte.

TREMBLAY M.-A., 1982, « L'anthropologie de la santé en tant que représentation », *Recherches Sociographiques*, n°23 (3).

UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION, 1999, *The drug nexus Africa.*, Vienne, UNODCCP.

UNODC, World Drug Report 2013, Vienna, UNODC.

UNODC, World Drug Report 2016, Vienna, UNODC.

VERNIÈRE M., 1973, « À propos de la marginalité : réflexions illustrées par quelques

enquêtes en milieu urbain et suburbain africain. », *Cahiers d'études africaines*, n°13 (51), pp. 587-605.

WACD, 2014, « Pas seulement une zone de transit. Drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest ».

WERNER J.-F., 1991, « Déviance et urbanisation au Sénégal : approche biographique et construction anthropologique de la marge », Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal.

WERNER J.-F., 1992, « La distribution des psychotropes illicites à Dakar », *Psychotropes*, n°7 (3), pp. 93-101.

WERNER J.-F., 1993, *Marges, sexe et drogues à Dakar : ethnographie urbaine*, Paris, Karthala (Hommes et Sociétés).

WERNER J.-F., 1993, « Approche ethnographique de l'usage des drogues au Sénégal », *Psychopathologie Africaine*, n°25 (3), pp. 323-345.

WIEVIORKA S., 1996, « La réduction des risques », *Toxibase*, n°3, pp.1-21.

WYLER L. S., COOK N., 2009, « Illegal drug trade Africa: trends and U.S. policy », Washington, DC: Congressional Research Service.

YAYA H.S., 2009, « Biopouvoir, médicalisation de l'existence et pathologisation des difficultés de la vie : lorsque la santé tourne à l'obsession, Yaya H.S. (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Les Presse de l'Université Laval.

YAYA H.S., 2009: « Hygie contre Panacée. La médicalisation comme instrument de servitude dans les sociétés postindustrielles », Yaya H.S., (Dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Les Presse de l'Université de Laval.

YGUEL J., 1991, « L'alcool en Afrique noire : le Sud consomme ce que le Nord

produit », Delbrel G. (dir.), *Géopolitique de la drogue*, Paris, La Découverte.

ZARIFIAN É., 1998, « La prescription des médicaments psychotropes : usage, mésusage et abus », *Bulletin Acad, Natle Med*, n°182, pp. 439-1447.

ZARIFIAN, É., 1988, *Les jardiniers de la folie*, Paris, Éditions Odile Jacob.

ZOLA, I.K., 1972, « Medicine as an Institution of Social Control », *Sociological Review*, n°20, pp. 487-504.

WEBOGRAPHIE

CHAMPIN C, 2011, « Retour sur le départ de la directrice de la PJ en Guinée-Bissau », <http://afriquedrogue.blogs.rfi.fr/archives/2011/05>.

CHAMPIN C, 2012, « L’Afrique, plaque tournante et terre de consommation de l’héroïne afghane », <http://afriquedrogue.blogs.rfi.fr/article/2012/01/18/>.

CHAMPIN C, 2012, « Nigéria: un nouveau laboratoire de drogues synthétiques démantelé », <http://afriquedrogue.blogs.rfi.fr/archives/2012/02>.

CRIPS ET INPES, 2009, « Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse », Document réalisé par le Crips Île-de-France et l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (INPES), État des connaissances : juillet 2009, <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1236.pdf>, consulté le 28 Février 2012 à 14H.

<http://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gf590001-METHADONE-CHLORHYDRATE.html>.

<http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>.

<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions>.

<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/87/?sequence=17>.

http://www.pressafrik.com/Le-marche-Keur-Serigne-bi-au-coeur-de-la-cible-des-pharmaciens_a5332.html.

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/.

ONUSIDA, 2011, *Guide de terminologie de l’ONUSIDA*, www.unaids.org.

ONUSIDA, 2015, *Guide de terminologie de l'ONUSIDA*, www.unaids.org.

Traitements de substitution, Centre de Conseil et de Documentation, Lille, mai 2009,
<http://www.istnf.fr>

INDEX DES MOTS CLÉS

- Accra, 108, 116, 232, 237
Afrique, 1, 5, 12, 18, 20, 21, 22, 23, 24,
25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35,
36, 37, 38, 44, 46, 56, 62, 64, 81, 104,
150, 204, 220, 225, 232, 242, 250, 251,
265, 280, 308, 311, 315, 316, 317, 318,
320, 321, 324, 326
Aïcha, 111, 165, 171, 178, 202, 209, 212,
216, 217, 219
Alioune, 108, 113, 135, 159, 165, 173,
182, 183, 187, 195, 197, 199, 201, 206,
207, 208, 218
Assane, 108, 110, 139, 145, 153, 154,
156, 157, 158, 159, 168, 172, 178, 182,
184, 185, 187, 188, 189, 195, 196, 201,
211
Association, 5, 106, 226, 228
Barry, 56, 108, 115, 116, 134, 159, 314
Brice, 109, 117, 159, 230
Brown, 128
Came, 128
Cannabis, 20, 41, 42, 318
CEPIAD, 1, 5, 13, 96, 97, 105, 106, 121,
122, 123, 124, 248, 250, 251, 252, 253,
254, 255, 256, 265, 267, 274, 275, 276,
277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284,
285, 286, 288, 289, 290, 291, 293, 295,
296, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304,
305, 306, 312, 315
CILD, 5, 42, 47, 48, 49, 50, 51, 97, 106,
154, 157, 221, 232, 236, 267, 272, 316
Coumba, 108, 115, 137, 138, 156, 158
Dakar, 1, 3, 16, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47,
48, 57, 61, 63, 64, 77, 81, 95, 96, 97,
101, 103, 104, 106, 107, 110, 111, 112,
113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121,
123, 124, 126, 128, 132, 133, 139, 144,
148, 160, 163, 173, 174, 180, 181, 184,
185, 186, 189, 190, 193, 194, 198, 200,
201, 202, 205, 206, 207, 208, 209, 212,
220, 221, 222, 224, 225, 228, 231, 232,
233, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247,
248, 250, 253, 257, 262, 266, 270, 271,
273, 274, 275, 276, 279, 288, 294, 308,
309, 310, 312, 314, 315, 318, 319, 321,
324
Déviance, 316, 318, 320, 324
Drogues, 5, 7, 16, 38, 44, 50, 61, 97, 106,
244, 245, 246, 267, 320, 321, 323, 324
Fallou, 109, 120, 148, 191, 192, 292, 293
Junky, 130, 289
Kawman, 109, 118, 142, 150, 152, 155,
158, 231, 234, 237
Labba, 108, 111, 112, 141, 175, 177
Maba, 109, 123, 134, 148, 149, 151, 153,
176, 182, 185, 193
Marginalité, 320
Médecins, 6, 84, 249
Médicaments, 45
Méthadone, 164, 249, 260, 295
Momo, 109, 120, 136
ONG, 7, 18, 48, 84, 97, 105, 106, 116,
221, 222, 223, 224, 227, 231, 232, 245,
310
Petit, 108, 109, 112, 123, 140, 146, 149,
151, 153, 154, 158, 167, 201, 214, 290,
293, 297, 298, 301
Repé, 109, 116, 234
Sénégal, 1, 4, 7, 13, 16, 18, 20, 26, 27, 35,
39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49,
50, 52, 53, 54, 55, 57, 59, 61, 62, 63,
82, 84, 95, 97, 100, 103, 104, 105, 106,
111, 112, 113, 114, 115, 118, 133, 138,
150, 165, 170, 172, 175, 179, 180, 185,
189, 191, 201, 204, 207, 218, 221, 222,
225, 228, 240, 241, 243, 244, 245, 246,
247, 248, 249, 251, 260, 265, 268, 271,
273, 282, 283, 288, 297, 298, 306, 309,
311, 312, 316, 318, 319, 320, 321, 323,
324
Suélo, 108, 114, 134, 135, 146, 156, 168,
176, 178, 186, 193, 202, 210, 214, 215
Trafic, 7, 50, 267
Traitement, 6, 7, 96, 240, 288, 321
UDSEN, 3, 7, 61, 63, 84, 97, 98, 100,
106, 107, 163, 169, 170, 208, 228, 229,
237, 241, 245, 246, 247, 249, 250, 253,
267, 275, 277, 279, 283, 311, 314
Usage, 104

Véro, 109, 122, 139, 151, 266, 276, 279
Weuy, 60, 109, 121, 136, 144, 145, 148,
293, 301
Xaly, 109, 119, 136, 166, 175, 298

Zale, 109, 121, 122, 141, 149, 151, 152,
201, 218, 298
Zara, 108, 112, 113, 138, 165, 168, 174,
175, 177, 179, 182, 183, 187, 189, 200,
233, 279

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	1
RÉSUMÉ	2
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	4
CONVENTION POUR LA TRANSCRIPTION DES MOTS WOLOF.....	8
INDEX DES FIGURES.....	11
INDEX DES TABLEAUX	12
INDEX DES ENCADRÉS	13
INTRODUCTION GÉNÉRALE	
VERS UN RENOUVELLEMENT DU REGARD SUR LES DROGUES À PARTIR DE LA SOCIO-ANTHROPOLOGIE.....	14
<i>Aux origines des interrogations sur les usagers de drogues.....</i>	14
<i>Drogues et civilisation : un compagnonnage ancestrale.....</i>	15
<i>Plan de la thèse</i>	17
PREMIÈRE PARTIE	
CONTEXTUALISATION.....	18
CHAPITRE 1 : LES DROGUES EN AFRIQUE DE L’OUEST : DU TRAFIC ET DE LA CONSOMMATION	19
<i>Introduction.....</i>	19
1.1. <i>Un contexte favorable au trafic de drogues ?</i>	20
1.1.1. <i>Le contexte politique</i>	21
1.1.2. <i>Le contexte économique.....</i>	22
1.1.3. <i>Au niveau sécuritaire</i>	22
1.2. <i>De 1980 à 1990 : la décennie mouvementée.....</i>	23
1.3. <i>De 1990 à nos jours</i>	27
1.4. <i>La consommation de drogues en Afrique</i>	33
1.5. <i>Politiques de lutte et de contrôle des drogues.....</i>	36
CHAPITRE 2 : POUR UNE SOCIO-HISTOIRE DES DROGUES AU SÉNÉGAL	38
<i>Introduction.....</i>	38
2.1. <i>Le trafic de drogues au Sénégal.....</i>	39
2.2. <i>Des types de drogues multiples en circulation.....</i>	41
2.2.1. <i>Le yamba, produit principal au Sénégal ?</i>	42
2.2.2. <i>Médicaments psychotropes.....</i>	44
2.2.3. <i>Le ginz, produit et mode de consommation à la fois</i>	45
2.3. <i>La consommation de drogues au Sénégal</i>	45
2.4. <i>La législation sur les drogues au Sénégal</i>	48
2.4.1. <i>historique et contexte juridique</i>	48
2.4.2. <i>Une gouvernance des drogues axée sur la répression.....</i>	50
2.4.3. <i>Des aspects sanitaires dans la législation au Sénégal</i>	51
CHAPITRE 3 : CONSTRUCTION DE L’OBJET DE LA RECHERCHE.....	54
3.1. <i>Position du problème.....</i>	54
3.1.1. <i>État de l’art sur la consommation de drogues</i>	54
3.1.2. <i>Un témoignage de la construction sociale de l’usage de drogues</i>	57
3.1.3. <i>La médicalisation d’une déviance sociale</i>	61

3.2. Questionnement de la thèse.....	62
3.3. Hypothèse de la recherche	63
3.4. Objectifs de la recherche	64
3.5. Un objet au carrefour de plusieurs sous discipline de la socio-anthropologie.....	65
3.5.1. Sociologie criminelle, criminologie	65
3.5.2. Anthropologie de la santé.....	66
3.5.3. Sociologie du risque	68

DEUXIÈME PARTIE

CONCEPTUALISATION, MÉTHODOLOGIE ET ETHNOGRAPHIE DU MILIEU DES USAGERS DE DROGUES.....71

CHAPITRE 4 : LA MÉDICALISATION : CONCEPT ET MODÈLE D'ANALYSE.....	72
<i>Définition</i>	72
4.1. Histoire du concept.....	72
4.2. L'autre facette de la médicalisation	78
4.3. Discussion	79
4.4. Contextualisation du concept en Afrique.....	80
4.5. La médicalisation comme modèle d'analyse	81
CHAPITRE 5 : LE CONCEPT DE DÉVIANCE	84
<i>Introduction</i>	84
5.1. Définition de la déviance	86
5.1.1. Conception statistique	86
5.1.2. Conception du pathologique.....	87
5.2. L'acteur d'actes dits « déviants »	88
5.3. Constructions et réactions sociales.....	89
5.4. Approche sociologique	90
5.5. La relativité de la déviance	91
CHAPITRE 6 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET PROFIL DES PERSONNES ENQUÊTÉES	94
<i>Introduction</i>	94
6.1. Les sites d'observation.....	95
6.2. Le recueil des données.....	95
6.3. La recherche bibliographique	97
6.4. Le traitement des données	98
6.5. La méthode d'intégration du milieu des usagers de drogues.....	99
6.6. Les dilemmes éthiques et réflexivité.....	101
6.7. Les restitutions et communications sur les résultats	102
6.8. Profil des personnes interrogées	104
6.8.1. Les soignants interrogés au CEPIAD.....	104
6.8.2. Profil des personnes interrogées dans les associations, ONG.....	104
6.8.3. Les acteurs de la mise en place du dispositif de traitement des usagers de drogues.....	105
6.8.4. Profil des usagers de drogues interrogés.....	106
6.8.5. Petites biographies des usagers de drogues interrogés.....	109
Assane.....	109
Aïcha	110
Labba.....	110
Zara	111
Alioune.....	112
Suélo	113
Coumba.....	114

Barry.....	114
Repé.....	115
Accra.....	115
Brice.....	116
Kawman.....	117
Fecca.....	117
Xaly.....	118
Momo.....	119
Fallou.....	119
Weuy.....	120
Zale.....	120
Véro.....	121
Petit.....	122
Maba.....	122
Siré.....	123
<i>Conclusion</i>	124
CHAPITRE 7 : ÊTRE CONSOMMATEUR DE CAME À DAKAR : ETHNOGRAPHIE D'UN MILIEU À LA MARGE.....	125
<i>Introduction : le concept de marginalité</i>	125
<i>7.1. Le jargon du milieu des consommateurs de came à Dakar</i>	127
7.1.1. Les termes liés aux produits.....	127
6.2.2. Les termes liés à la consommation.....	128
7.1.3. Les termes liés à la déviance et à la justice.....	130
<i>7.2. Contextes de la première consommation de drogues</i>	132
7.2.1. Les modes d'entrée passifs.....	133
7.2.1.1. L'incitation par un tiers.....	133
7.2.1.2. L'entrée par l'économie du trafic.....	135
7.2.1.3. L'initiation à l'insu.....	136
7.2.2. Contexte d'entrée individuelle.....	138
7.2.2.1. L'entrée par curiosité.....	138
7.2.2.2. Le bout de la chaîne.....	139
7.2.2.3. Le désir d'affirmation de soi.....	141
<i>7.3. Les étapes de la consommation de came</i>	142
7.3.1. La lune de miel.....	143
7.3.1.1. La recherche de plaisir.....	143
7.3.1.2. Rester dans la consommation discrète.....	144
7.3.1.3. Un motif lié à la sexualité.....	145
7.3.1.4. La performance artistique.....	145
7.3.1.5. Se réfugier et se reconforter.....	146
7.3.2. Devenir <i>junky</i> : la phase de transition.....	146
7.3.2.1. L'insertion dans un groupe.....	146
7.3.2.2. L'initiation aux techniques de financement de la consommation.....	149
7.3.3. La phase <i>lonku</i>	150
7.3.3.1. L'information et les réactions des tiers.....	151
7.3.3.2. Implication familiale dans la consommation.....	154
7.3.3.3. Les ruptures sociales engendrées.....	156
7.3.3.4. Perception de la situation de <i>lonku</i>	157
<i>Conclusion</i>	159

TROISIÈME PARTIE

MOBILISATIONS INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES DES CONSOMMATEURS DES DROGUES161

CHAPITRE 8 : L'AUTOMÉDICATION CHEZ LES USAGERS DE DROGUES À DAKAR.....162

Introduction 162

8.1. *Description et classification des médicaments utilisés* 162

8.1.1. Description des médicaments utilisés 163

8.1.2. Classification des médicaments 164

8.2. *Contexte d'usage des médicaments* 166

8.2.1. L'automédication exclusive 166

8.2.2. L'automédication hors du milieu 167

8.2.3. L'usage alternatif 167

8.3. *La construction d'un savoir à la marge* 167

8.3.1. Les sources d'information pour la construction des savoirs 168

8.3.1.1. Les expériences thérapeutiques 168

8.3.1.2. Les sénégalais *venants d'Europe* : des informateurs dangereux pour le système de soins ? 169

8.3.2. Les canaux secondaires de diffusion et de renforcement des connaissances 170

8.3.2.1. Le partage par bouche à oreille dans le milieu 170

8.3.2.2. L'information issue des notices 170

8.4. *Modes d'acquisition des médicaments* 171

8.4.1. L'acquisition par les *venants d'Europe* 171

8.4.2. Le recours aux Pharmacies 172

8.4.3. Le marché noir *Keur serigne bi* 172

8.5. *Les modes de consommation des médicaments* 174

8.6. *Appréciation des médicaments* 175

8.6.1. Efficacité perçue 176

8.6.2. La place des médicaments dans le sevrage 176

8.7. *Au-delà des médicaments, des besoins manifestés* 178

Conclusion 179

CHAPITRE 9 : LE VOYAGE HORS DU MILIEU.....180

Introduction 180

9.2. *La prise de décision* 181

9.2.1. Les difficultés de financement de la consommation 181

9.2.2. Le désir d'intégration socio-professionnelle 182

9.2.3. Le désir d'intégration socio-familiale 183

9.2.4. Le motif juridique 185

9.3. *La préparation du voyage* 186

9.4. *Choix du lieu de sevrage* 188

9.5. *Se retirer au daara de Ndindi* 189

9.6. *Le processus de sevrage* 192

9.6.1. La méthode 192

9.6.2. La gestion des syndromes de manque 193

9.6.3. Les douleurs et insomnie 194

9.6.4. L'alimentation 195

9.6.5. La gestion du temps *long et vide* 196

9.7. *La fin du séjour et le retour à la vie habituelle* 197

Conclusion : du sevrage définitif au repos 199

CHAPITRE 10 : DU RAPPORT À LA JUSTICE AU SEVRAGE PAR INCARCÉRATION VOLONTAIRE200

Introduction 200

10.1. La prison : des origines aux usages multiples	201
10.2. La prison au Sénégal.....	203
10.3. Le rapport à la justice chez les consommateurs de drogues à Dakar	204
10.4. Le cas Alioune : l'image de la récurrence des incarcérations dans le junkya.....	205
10.4.1. Un début de consommation à cause de l'incarcération de sa femme	206
10.4.2. Une rechute en prison	206
10.4.3. Son retour au Sénégal par <i>dipot</i>	206
10.4.4. La quête de sevrage au Sénégal	206
10.4.5. Le sevrage par incarcération volontaire.....	207
10.5. Des interpellations à facette multiple.....	207
10.5.1. Les interpellations liées à la détention, la consommation et le trafic.....	208
10.5.2. Les interpellations connexes à la consommation de drogues.....	213
10.6. L'autre facette des incarcérations : le sevrage	216
Conclusion	219
CHAPITRE 11 : LES MOBILISATIONS COLLECTIVES AUTOUR DE L'USAGE DES DROGUES À DAKAR	220
Introduction	220
11.1. Le contexte associatif à Dakar.....	221
11.2. Première création d'une association d'initiative médicale : L'ASPUD	225
11.3. L'ASRDR : une association orientée vers la réduction des risques	227
11.3.1. Mise en place de l'ASRDR	227
11.3.2. Difficultés et perceptions de l'ASRDR par les UD	228
11.4. Critiques des structures existantes par les UD.....	230
11.5. Perceptions des objectifs d'une association qui réponde aux besoins des UD	231
11.5.1. Aider le sevrage immédiat	231
11.5.2. Appuyer la médiation sociale et l'insertion des pairs	232
11.5.3. Combattre le trafic et sensibiliser les non-usagers de drogues	233
11.5.4. Perceptions des obstacles à la mobilisation associative.....	233
11.5.4.1. Le manque de disponibilité du à la dépendance.....	233
11.5.4.2. Le désir de ne pas dévoiler leur addiction	234
11.5.4.3. L'obstacle juridique.....	235
11.6. L'émergence du projet d'association de pairs	235
Conclusion : L'association d'usagers de drogues, un processus qui se cherche.....	237
QUATRIÈME PARTIE	
DE LA MÉDICALISATION AUX RÉACTIONS SOCIALES IMMÉDIATES	238
CHAPITRE 12 : LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF DE TRAITEMENT POUR LES USAGERS DE DROGUES.....	239
Introduction	239
12.1. L'émergence de l'idée de médicalisation.....	240
12.2. L'étude de faisabilité	243
12.3. Le projet Usagers de Drogues au Sénégal (UDSEN).....	244
12.4. Le Centre de prise en charge intégré des addictions (CEPIAD) de Dakar.....	247
12.4.1. Aux origines du CEPIAD	247
12.4.2. Les objectifs du CEPIAD.....	250
12.4.3. Les services offerts.....	251
12.4.4. La composition des ressources humaines du CEPIAD	252
12.4.5. L'organisation générale des différents espaces du CEPIAD	253
12.4.5.1. L'Accueil	253
12.4.5.2. L'espace addictologie	253

12.4.5.3. L'espace médical	253
12.4.5.4. L'espace psychosocial	254
12.4.5.5. L'espace de convivialité, réduction des risques	254
12.5.6. L'organigramme du CEPIAD	255
12.5. Une terminologie émergente.....	255
12.5.1. Addiction.....	255
12.5.2. Consommateur de drogues injectables (CDI).....	256
12.5.3. Syndrome de dépendance	257
12.5.4. Syndrome de sevrage.....	257
12.5.5. Substitution.....	258
12.5.6. Méthadone	259
12.5.7. Réduction des Risques	259
12.5.8. Programme d'échange de seringue	261
12.5.9. Seuil d'exigence	261
12.5.10. Auto-support.....	262
12.5.11. Empowerment	263
<i>Conclusion</i>	264
CHAPITRE 13 : RÉACTIONS SOCIALES DES ACTEURS IMMÉDIATS.....	265
<i>Introduction</i>	265
13.1. La formation des acteurs du traitement des usagers de drogues	266
13.2. Les perceptions des usagers et du programme de RDR par les participants	267
13.2.1. Chez les paramédicaux.....	267
13.2.2. Chez les médecins et pharmaciens	268
13.2.3. Chez les associatifs.....	270
13.2.4. Chez les forces de sécurité.....	271
13.3. Les soignants du CEPIAD : Identification et mode d'intégration	273
14.3.1. Le profil des soignants enquêtés.....	273
Fatou	273
Abdou.....	273
Sara	274
Cheikhna	274
Sokhna	275
Saliou	275
Véro	275
13.3.2. L'intégration dans UDSEN	276
13.3.2.1. L'intégration par recommandation d'un tiers	276
13.3.2.2. L'intégration par demande de stage	277
13.3.2.3. L'antécédent d'implication dans le projet sur les usagers de drogues	278
13.3.2.4. L'antécédent de consommation de drogues.....	278
13.3.3. Les réactions immédiates suite à l'annonce de l'intégration au CEPIAD	279
13.4. Les informations des soignants sur le CEPIAD	280
13.5. Les perceptions des soignants sur les usagers de drogues	281
13.6. Les appréciations et les risques perçus par les soignants sur le traitement délivré au CEPIAD	283
13.6.1. Les appréciations du dispositif et du traitement des usagers de drogues	283
13.6.2. Les risques perçus par les soignants	284
<i>Conclusion</i>	286
CHAPITRE 14 : PERCEPTIONS ET APPRÉCIATIONS DES USAGERS DE DROGUES SUR LE CEPIAD	287
<i>Introduction</i>	287
<i>Le CEPIAD : un xëwël tant attendu ?</i>	288

<i>Localisation du CEPIAD : un espace symbolique</i>	290
<i>La méthadone : ce médicament tant attendu par les usagers de drogues</i>	291
<i>Des interrogations au début du traitement</i>	294
<i>Les inquiétudes sur un traitement à durée indéterminée</i>	296
<i>La poly consommation, un problème à double facette</i>	299
<i>Conclusion</i>	305
CONCLUSION GÉNÉRALE	307
Retour sur l'objet de la thèse.....	307
Être usager de drogues à Dakar : un <i>milieu</i> , une sous-culture et une expertise profane en matière de traitement.....	308
Les mobilisations collectives autour de l'usage de drogues à Dakar : des structures de lutte contre les drogues.....	309
<i>L'avènement de la médicalisation et ses effets sociaux immédiats</i>	310
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	313
WEBOGRAPHIE	325
INDEX DES MOTS CLÉS	327
TABLE DES MATIÈRES	329
ANNEXES	336