

L'AUTO-MÉDICATION DANS LE CONTEXTE DU SEVRAGE
CHEZ LES USAGERS DE DROGUES À DAKAR :
ÉLÉMENTS POUR UNE RÉFLEXION ÉTHIQUE

Albert Gautier Ndione* & Alice Desclaux**

Les médicaments psychotropes ont la capacité pharmacologique de provoquer des addictions¹. La majorité des addictions aux psychotropes s'observent dans les pays développés et font suite à des prescriptions ; elles y sont considérées comme un problème de santé publique et font l'objet de mesures de lutte au sein du système de soins biomédical, visant notamment à limiter les prescriptions au long cours. D'autres addictions font suite aux pratiques d'usagers qui détournent des psychotropes de leur utilisation légale et de leur indication médicale définie dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché. Ainsi, des médicaments ont été ou sont l'objet de trafics et d'utilisation à visée dite « récréative » ou toxicomaniaque, comme par exemple l'Artane® (Mété *et al.*, 2008). Pour lutter contre ces détournements, dans le cadre des politiques internationales de contrôle des stupéfiants, des dispositions juridiques organisent leur prohibition et les réservent à un usage médical strictement contrôlé, par exemple dans le cas des opiacés tels que la morphine.

Un autre contexte d'usage des médicaments psychotropes en lien avec la toxicomanie est celui qui a pour motif le sevrage de personnes dépendantes. Dans de nombreux pays, des traitements actifs d'un point de vue pharmacologique pour le sevrage sont longtemps restés interdits car ils pouvaient faire l'objet des détournements évoqués plus haut et être utilisés comme des drogues. Mais au cours des vingt dernières années, confrontées

* Doctorant en socio-anthropologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, TransVIHMI, Institut de recherche pour le développement, Centre régional de recherche et de formation à la prise en charge de Fann, Dakar, Sénégal.

** Anthropologue, médecin, TransVIHMI, Institut de recherche pour le développement (IRD), Centre régional de recherche et de formation de Fann (CRCF), Dakar, Sénégal.

1. Les définitions juridiques et pharmacologiques du terme n'étant pas superposables, nous utilisons ici la définition pharmacologique qui englobe les médicaments agissant sur le psychisme.

notamment aux épidémies de sida et d'hépatites chez les usagers de drogues injectables, les administrations sanitaires, d'abord dans les pays occidentaux, ont remis en question des dispositions juridiques interdisant le recours à ces traitements, et défini des cadres légaux pour leur utilisation (Pinell, 2004). Dans ces pays, la politique de lutte contre la toxicomanie s'appuie désormais sur le développement du traitement des addictions, et sur la *réduction des risques* grâce à l'utilisation des *traitements de substitution aux opiacés* tels que la méthadone (Joseph *et al.*, 2000). Ainsi l'usage de la buprénorphine, un traitement de substitution aux opiacés qui permet d'en gérer le sevrage, n'a été autorisé en Europe qu'à partir de 1995 pour les programmes de santé publique dans le cadre d'une régulation spécifique aux médicaments qualifiés de *sensibles* (Lovell & Feroni, 2007). En Afrique francophone, les dispositions de santé publique héritées de la politique de prohibition n'autorisaient pas, jusqu'à très récemment, la prescription des traitements de substitution (West Africa Commission on Drugs, 2014).

Cette situation pose un problème d'éthique : si l'interdiction de la circulation de ces médicaments basée sur l'idée qu'ils pourraient faire l'objet de détournements répond au principe d'éthique de non malfeasance (*primum non nocere*), elle a aussi pour effet que des personnes ayant besoin du traitement dans un contexte médical ne peuvent pas y avoir accès. Le dilemme éthique apparaît de manière évidente à propos de la morphine, dont l'utilisation est limitée à un niveau tel que l'Afrique, où vivent la moitié des personnes atteintes de cancer dans le monde (nécessitant ce traitement à visée antalgique), ne consomme que 6 % de la morphine utilisée dans cette indication au niveau mondial (West Africa Commission on Drugs, 2014). Les conséquences de l'absence de disponibilité du traitement dans le domaine des addictions sont méconnues, au-delà de l'observation de l'inadéquation des services hospitaliers psychiatriques aux besoins des usagers de drogues (West Africa Commission on Drugs, 2014). Pour éclairer le débat éthique qui a longtemps prévalu sur l'utilité et la pertinence de la mise à disposition de traitements de l'addiction compte tenu des risques de détournement des médicaments de substitution, il est nécessaire de connaître les pratiques de sevrage actuelles en Afrique de l'Ouest, en l'absence de ces traitements dans les systèmes de soins. C'est l'objet de ce chapitre, qui présente les résultats d'une étude menée au Sénégal.

USAGES ET USAGERS DE DROGUES AU SÉNÉGAL

Le continent africain est divisé en trois grandes zones en matière de drogues. Les zones de conflit en Afrique centrale et du Sud sont considérées comme des zones de consommation (notamment de psychotropes). L'Afrique occidentale est considérée comme une zone *de transit*. Situé à l'extrême Ouest du continent africain, le Sénégal est depuis les années 1990 un espace stratégique :

Dakar peut être considérée comme la porte ouverte vers le monde occidental. Principale ouverture des pays sahéliens enclavés, cette capitale régionale jouit d'un statut quasi international, ce qui explique en grande partie sa forte implication dans les circuits internationaux de trafic de drogues : cocaïne et héroïne principalement.

Facy et al., 1996

Depuis 2005, la consommation de cocaïne, crack et héroïne, ainsi que le recours à la voie intraveineuse, sont attestés dans plusieurs régions du pays. Dans la région de Dakar, la taille de la population concernée était estimée en 2011 à 1 324 usagers de drogues injectables (cocaïne, héroïne) avec 86,4 % d'hommes et un âge médian de 43 ans. Ces personnes utilisent en premier lieu de l'héroïne (pour plus de 80 % d'entre elles), sont majoritairement poly-toxicomaniaques et consomment des benzodiazépines ; un tiers d'entre elles prennent de l'alcool et deux tiers du cannabis quotidiennement (Leprêtre & Bâ, 2014). Une personne sur quatre a utilisé la voie intraveineuse pour la prise de drogues au cours de sa vie et 14 % au cours du dernier mois.

Le Sénégal a élaboré une stratégie de lutte contre l'abus et le trafic illicite des drogues, en adoptant en 1963 une loi qui réprime la culture, la distribution, la production, la vente et la consommation de chanvre indien. Puis, en 1972, il adopte la loi relative à la répression des infractions en matière de stupéfiants, qui permet *l'injonction thérapeutique* (c'est-à-dire la possibilité d'accéder à des soins comme alternative à l'incarcération), une disposition qui n'a pas été utilisée de manière significative. Du point de vue social, les usagers de drogues vivent dans une situation marquée par une exclusion qui a pour effets des pertes d'emplois, des divorces, la perte de la garde des enfants, des disputes fréquentes dans la famille, etc. Sur le plan médical, l'usage de drogues est considéré comme un trouble psychique qui conduit les usagers dans les centres psychiatriques (notamment l'hôpital psychiatrique de Thiaroye, dans la banlieue de Dakar, et le service hospitalier de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire national de Fann), en l'absence de dispositif spécifiquement destiné au traitement des addictions.

À partir de 2011, les résultats de l'étude épidémiologique UDSEN², qui ont mis en évidence la prévalence élevée du VIH et des virus des hépatites chez les usagers de drogues injectables (respectivement 3,5 % pour le VIH, 10,2 % pour le VHB et 21,2 % pour le VHC) ont conduit les chercheurs et les autorités de santé publique sénégalaises à promouvoir puis préparer un programme de réduction des risques³ (Leprêtre & Bâ, 2014). Dans le cadre d'une étude sur la

2. Étude « Usagers de drogues au Sénégal », coordonnée par A. Leprêtre et I. Bâ. Cf. Leprêtre & Bâ, 2014.

3. Ces actions sont coordonnées par les docteurs I. Bâ, A. Leprêtre et M. Maynard.

NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

« médicalisation de la toxicomanie »⁴, nous avons conduit une série d'enquêtes sur les mobilisations individuelles et collectives face au risque lié à la consommation de drogues à Dakar. L'étude repose sur un recueil de données par observation et immersion dans *le milieu*⁵ de l'usage de drogues à Dakar, approché grâce à des contacts établis d'une part en suivant une équipe de travail social menant des activités de réduction des risques Outreach⁶ auprès des usagers, d'autre part au travers de contacts établis par des informateurs privilégiés usagers ou ex-usagers. Les données présentées ici ont été recueillies au cours d'entretiens avec de 15 usagers de drogues, semi-directifs, enregistrés, retranscrits et saisis. L'enquête a été complétée par des entretiens avec des personnes ressources et la participation à des actions de sensibilisation et de formation menées entre 2011 et 2013, notamment au Centre hospitalier national universitaire de Fann. L'étude a obtenu l'avis favorable du Comité national d'éthique pour la recherche en santé ainsi qu'une autorisation administrative le 5 Juin 2013. Le corpus de données, d'un volume de 968 491 signes, a été traité avec Atlas.ti puis a fait l'objet d'une analyse thématique.

Le tableau 1 décrit la population des usagers de drogues interviewés avec comme identifiant des pseudonymes⁷.

LES MÉDICAMENTS UTILISÉS POUR LE SEVRAGE

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. Il est nécessaire de préciser que 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

-
4. Cette étude fait l'objet d'une thèse de socio-anthropologie en préparation à l'Université Cheikh Anta Diop.
 5. Terme utilisé par les usagers de drogues pour qualifier leur groupe social.
 6. Le terme *Outreach* est utilisé en français pour désigner les services de prévention et de soins délivrés « là où elles se trouvent » aux populations qui pourraient ne pas y avoir accès autrement. Ces services sont mobiles et adaptés aux populations ciblées, par exemple aux usagers de drogues (cf. Rhodes, 1996).
 7. Il a été demandé à chaque usager de drogues de créer lui-même son pseudonyme et d'expliquer son choix.

AUTO-MÉDICATION LORS DU SEVRAGE CHEZ LES USAGERS DE DROGUES À DAKAR

TABLEAU 1 : DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ENQUÊTE

<i>Pseudonyme</i>	<i>Sexe</i>	<i>Âge</i>	<i>Drogues principales consommées</i>	<i>Ancienneté</i>	<i>Activité professionnelle</i>
Assane	Masculin	53 ans	Héroïne	36 ans	Électricien
Leuz	Masculin	30 ans	Héroïne	22 ans	Guide touristique
Suelo	Masculin	45 ans	Héroïne	10 ans	Artiste
Zara	Féminin	55 ans	Héroïne	23 ans	Sans activité
Coumba	Féminin	29 ans	Héroïne	15 ans	Travailleuse du sexe
Aïcha	Féminin	47 ans	Héroïne	30 ans	Petit commerce
Alioune	Masculin	57 ans	Héroïne	30 ans	Sans activité
Baron	Masculin	61 ans	Héroïne	29 ans	Sans activité
Brama	Masculin	52 ans	Héroïne	28 ans	Ingénieur
Accra	Masculin	58 ans	Héroïne	29 ans	Enseignant
Kawman	Masculin	42 ans	Héroïne	23 ans	Petit commerce
Repé	Masculin	52 ans	Héroïne	31 ans	Éboueur
X	Masculin	39 ans	Héroïne	21 ans	Agent immobilier
Brice	Masculin	42 ans	Héroïne + cocaïne	24 ans	Sans activité
Fecca	Masculin	40 ans	Héroïne	7 ans	Agent immobilier

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 était dans la population des usagers de drogues injectables à Dakar postérieure de trois ans au début de la consommation de l'héroïne, de la cocaïne ou du crack, ce qui laissait supposer que ces produits sont utilisés pour gérer le manque (Leprêtre & Bâ, 2014).

Le tableau 2 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).

Vingt-trois termes ont été mentionnés ; deux désignent des catégories (*des roches et pions*) et 20 désignent des médicaments commercialisés au Sénégal (un produit n'a pas été identifié). Pour chaque médicament listé, au moins un motif d'utilisation a été mentionné.

NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

TABLEAU 2 : LES MÉDICAMENTS UTILISÉS PAR LES USAGERS : TERMES UTILISÉS, NOMS COMMERCIAUX, DÉNOMINATIONS COMMUNES INTERNATIONALES

<i>Appellation</i>	<i>Noms commerciaux</i>	<i>DCI</i>
Alvityl	Alvityl [®]	Complexe multi-vitaminé
Codéine	Codéine [®]	Codéine
Des roches	Benzodiazépines produites par le Laboratoire Roche	Plusieurs DCI
Efférgan	Efférgan [®]	Paracétamol
Epolisensia	Lysanxia [®]	Prazepam
Equanil, Koinic	Équanil [®]	Méprobamate
Lexomil	Lexomil [®]	Bromazepam
JubiteX, subitex	Subutex [®]	Buprénorphine HD (haut dosage)
Losina, noznan	Noznan [®]	Lévomépromazine
Méthadol, Méthadone	Méthadone	Méthadone
Néocodion	Néocodion [®]	Codéine
Paracétamol	Paracétamol [®]	Paracétamol
Pions	Tous psychotropes vendus hors des pharmacies	Plusieurs DCI
Principe béfor	Princi-B [®]	Thiamine + Pyridoxine
Riwaltri, Rewaltri	Rivotril [®]	Clonazépam
Télesta	Témesta [®]	Lorazepam
Tensézip	Temgésic [®]	Buprénorphine
Trabar	Trabar [®]	Tramadol
Tramadis	Tramadis [®]	Tramadol
Transène	Tranxène [®]	Clorazépatate
Traversant 10	Sans équivalent identifié	
Trufulen	Trifulène [®]	Ibuprofène
Zanex	Xanax [®]	Alprazolam

Ces médicaments font l'objet d'une catégorisation par les usagers en fonction des indications qu'ils leur attribuent, reconstituée dans le tableau 3. Les termes qui désignent les catégories sont construits à partir des fonctions que les usagers de drogues leur attribuent.

TABLEAU 3. CATÉGORISATION DES MÉDICAMENTS PAR INDICATIONS DÉCRITES PAR LES USAGERS

<i>Catégorie</i>	<i>Produits</i>
anti-douleur	Trabar, Tramadis, Efférgan, Trufulen 200mg, Equanil, Néocodion, Codéine, Pions, Traversant 10, Des Roches, Noznan 700, Riwaltri
pour dormir	Lexomil, Epolisensia, Zanex, Riwaltri
contre la fièvre	Efférgan
vitamines	Principe Béfor, Alvityl
anti-stress	Transenne 50
substituts aux drogues	Méthadone, Tenzézip, Subutex, Néocodion, Codéine, Equanil, Télesta, Nosina, Des roches

AUTO-MÉDICATION LORS DU SEVRAGE CHEZ LES USAGERS DE DROGUES À DAKAR

La description des indications données par les usagers ne révèle pas de différence majeure avec les indications reconnues par le savoir pharmacologique, sauf exceptions : les usagers sont assez bien informés, même si les distinctions entre indications neuro-psychiatriques sont relativement imprécises. Ces catégorisations peuvent refléter des pratiques locales de prescription : par exemple le clonazépam, un anti-épileptique, est décrit comme « médicament pour dormir », et le lévopromazine, un neuroleptique, est utilisé comme substitut aux drogues.

J'avais amené avec moi un paquet de Riwaltri. (...) C'est un médicament qui aide à dormir, c'est à prendre seulement la nuit, au moment du coucher.

Alioune

Les médicaments sont communément associés à une indication :

Le Principe béfor c'est des vitamines, Trufulen 200 milligrammes c'est des antidouleurs, Zanex c'est pour dormir.

Aïcha

Mais si la discussion porte sur les usages, d'autres effets sont décrits, comme ici à propos des vitamines :

Il 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 polyvitamines, c'est comme du chocolat.

Monsieur X

La catégorisation reconstituée n'est cependant pas strictement homothétique : certains médicaments peuvent faire partie de plusieurs catégories ; les perceptions sont en cela en accord avec le savoir pharmacologique. Ainsi, l'Efferalgan est décrit comme utile contre la fièvre et contre la douleur. D'autre part, la description des indications fait état d'usages combinant plusieurs médicaments :

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'Epolisensia pour pouvoir dormir, 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, Subutex, il y a aussi le Tensézip ; donc il y en a, quoi. Tout ça, 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

La description des médicaments utilisés et de leurs indications symptomatiques illustre la symptomatologie du sevrage. Les traitements doivent permettre d'en supporter les manifestations, qui sont aussi éprouvées de manière moins aigüe dans les moments de manque.

NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

Quand tu es en état de manque, c'est surtout l'anxiété et l'angoisse qui te tenaillent. [...] Tu es toujours stressé, angoissé. Mais quand tu prends le Tranxène 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 à la drogue.

Brama

Cet extrait d'entretien montre l'évolutivité de l'utilisation : un médicament utilisé d'abord pour combattre le stress, sert par la suite à dormir et devient finalement un produit de substitution aux drogues. Les catégories de traitement décrites correspondent aux diverses manifestations du syndrome de sevrage, mais reflètent aussi des pratiques d'auto-médication pour des troubles psychiques qui peuvent se manifester en dehors des périodes de manque.

LES MODES D'ACQUISITION DES MÉDICAMENTS

Les usagers se procurent les médicaments de trois manières : par les *venants d'Europe*⁸, dans les pharmacies et sur le marché informel *Keur Serigne Bi*.

Les personnes qui *viennent d'Europe*, non seulement apportent des informations sur les médicaments mais aussi permettent d'acquérir certains produits. La plupart sont des anciens consommateurs de drogues qui suivent un traitement de substitution en Europe, et viennent en vacances avec les médicaments nécessaires pour la durée de leur séjour. Des informateurs rapportent que certains d'entre eux partagent ou revendent une partie de leur traitement, notamment le Subutex® ou plus rarement la méthadone. Cependant, les volumes évoqués sont très limités : la plupart des usagers qui disent avoir obtenu ainsi le Subutex des *venants d'Europe*, disent n'avoir reçu qu'un comprimé qu'ils ont divisé pour l'utiliser en plusieurs fois. Les propos de Zara montrent aussi les limites de cette circulation de produits, qui permet surtout d'y être initié :

J'avais un ami qui venait de l'Europe, il en avait pas assez. Il ne m'avait donné qu'un seul comprimé et j'ai su que ceci c'est un comprimé. Et puis je vois encore dans le milieu des gens qui le prennent et ils en disent du bien.

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 Rivaltri. 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

8. Expression en wolof.

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.

Alioune

D'autres usagers jouent sur la pitié et rapportent avoir ainsi obtenu du Trabar[®], du Rivotril[®] ou du Temgésic[®]. Un certain nombre de médicaments mentionnés par les usagers sont d'ailleurs dispensés sans prescription, comme les antalgiques mineurs ou les vitamines. Néanmoins, parce qu'acheter un médicament sans ordonnance peut être difficile, même si des adresses de pharmaciens accueillants ou laxistes sont connues des usagers, et à cause du coût des médicaments plus élevé en pharmacie⁹, certains usagers préfèrent le marché informel.

Le marché informel de *Keur Serigne Bi*¹⁰, au centre ville de Dakar, a longtemps été un lieu de vente illicite de médicaments, sous la protection de confréries religieuses en relation avec des réseaux d'approvisionnement établis à Touba, toléré par les pouvoirs publics (Fassin, 1992 ; Camara, 2007). À la suite de sa fermeture officielle en juin 2009, son ampleur a beaucoup diminué tant en nombre de vendeurs qu'en volume de médicaments en circulation, mais les usagers de drogues y ont toujours recours pour plusieurs raisons. Un héroïnomanie rapporte qu'on peut y acheter du Trabar[®] ou du Tramadis[®] sans ordonnance. Une autre personne explique les stratégies différenciées en fonction du type de médicament recherché, les moins accessibles ou ceux qui ne sont pas distribués officiellement au Sénégal¹¹ pouvant toujours être recherchés à *Keur Serigne Bi* :

Ce sont des médicaments qui ne sont pas aussi graves de telle sorte qu'il te faut nécessairement une ordonnance. C'est comme si tu veux de l'Effergal, 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, parce qu'à tout dire, qu'on se dise la vérité, 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 les y amènent.

-
9. En guise d'exemple : le paquet de Tramadis[®] qui coûte environ 2 500 F CFA dans les pharmacies est vendu à 1 500 F CFA sur le marché informel.
 10. L'expression est traduite par E.M. Camara (2007) par « la maison du marabout ».
 11. La méthadone figure sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS, mais ne figurait pas sur la liste nationale du Sénégal avant 2013 (OMS, 2011 ; Ministère de la santé et de l'action sociale, 2013).

NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

Ainsi les usagers trouveraient à *Keur Serigne Bi* des médicaments qu'ils jugent de bonne qualité, notamment ceux indisponibles dans les pharmacies comme le Subutex. Le Subutex® est le principal médicament de substitution commercialisé à *Keur Serigne Bi* à un prix variant entre 5 000 et 15 000 F CFA par comprimé¹² de 8 mg. 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 MODES D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

Les usagers que nous avons rencontrés ont tous émis le désir de « sortir de la drogue », c'est-à-dire d'échapper à une vie rythmée par le manque et la recherche impérieuse d'une *dose* qui en fera disparaître les signes. L'expérience de l'addiction est décrite comme une expérience difficile, du fait des troubles perçus en cas de manque :

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.

Brama

Plusieurs stratégies sont utilisées pour *décrocher*, basées sur le départ hors du milieu de la *came*, où circulent les drogues. Il s'agit notamment du voyage à distance de Dakar pour une *mise au vert* dans une région rurale où il sera plus difficile de se procurer des drogues et où la personne espère retrouver une vie plus saine. Certains rapportent que l'incarcération est un mode de sevrage subi, qui peut aussi être choisi plus ou moins consciemment par une personne que son entourage considère comme ayant atteint une situation « de non-retour » et qui se « laisse prendre » ; cependant le sevrage n'est pas systématique, l'enquête UDSEN ayant montré que 29 % des personnes incarcérées ont poursuivi leur consommation en prison (Leprêtre & Bâ, 2014). Quelques personnes ont eu recours à l'hospitalisation qui permet d'obtenir une sédation pharmacologique et une consultation psychiatrique, mais n'est pas adaptée à un processus de sevrage d'une durée suffisante. Enfin, le voyage à Ndindi, à 280 km de Dakar, pour un

12. La buprénorphine figure sur la liste nationale des médicaments essentiels du Sénégal, mais sous forme de Temgésic®, à un dosage antalgique, et n'est distribuée qu'au niveau des centres hospitaliers nationaux et régionaux. Un comprimé de Subutex® (buprénorphine haut dosage) contient entre 2 et 40 fois plus de principe actif (selon les formes galéniques) qu'un comprimé de Temgésic®, ce qui permet d'obtenir l'effet de traitement substitutif aux opiacés.

séjour dans une communauté religieuse réputée sacrée du fait de la prière d'un marabout sur ce sol destiné à « ceux qui sont perdus », accueille des usagers de drogues, hommes et femmes, ayant mis fin à leur toxicomanie (Ndione, 2014).

Les informations rapportent que les médicaments sont utilisés dans trois situations : dans l'objectif d'interrompre la toxicomanie en s'aidant uniquement de ces produits ou en combinant cet usage avec un voyage hors du milieu ; moins fréquemment, pour supporter une période de privation de la drogue habituellement consommée.

Le décrochage par automédication se fait le plus souvent dans le *tracé*¹³. L'utilisateur qui décide de *décrocher* achète lui-même ses médicaments et les consomme lorsque se manifestent les symptômes de manque (3 à 7 jours selon les usagers). Les médicaments les plus cités pour cet usage sont les substituts (Subutex, Des roches, Néocodion particulièrement), les anti-douleurs et les médicaments pour dormir (Riwaltri).

Les anti-douleurs (particulièrement Trabar, Tramadis, Efférgan, Equanil, Néocodion, Traversant 10), les somnifères (Epolisensia, Zanex) les vitaminés (Alvityl) et les anti-stress (Transène 50) sont les principaux médicaments utilisés par les usagers pour *décrocher* hors du *tracé*, comme le montre ce récit :

Pour sortir hors du milieu, je me débrouille pour avoir une petite somme. Avec une partie de mon argent j'achète benn 10¹⁴ que j'amène avec moi. Au début j'en prends un par jour¹⁵, 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 Boudon¹⁶ et je prends des Efférgan que j'avais achetés avant le voyage. Ça m'aide à supporter les douleurs.

Assane

Le troisième mode d'utilisation des médicaments, à titre transitoire et sans intention de décrocher, est illustré par cet utilisateur d'un antalgique majeur consommé en même temps que la *came*.

Quand je n'avais pas ma dose, 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.

Suelo

-
13. Ce terme désigne « le milieu des drogues ».
 14. 10 quarts de gramme de brown.
 15. La consommation habituelle d'Assane est de deux doses par jour.
 16. Alcool traditionnel à base de jus de pomme de cajou fermenté.

NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

Concernant les modes de consommation, la plupart des utilisateurs décrivent les posologies indiquées sur les notices ou recommandées par les pharmaciens : ces modalités finissent par être partagées dans le *tracé*. Mais pour les médicaments qui n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) au Sénégal, les usagers ont une posologie profane, comme dans le cas du Subutex® (8 mg), dont le mode d'utilisation, toujours par voie orale, est communément partagé :

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 subitex, voila. Le comprimé tu peux l'utiliser pendant 4 jours.

Monsieur X

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.

Leuz

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 24 h, prendre une partie et pendant 4 jours, on est sûr de n'avoir pas fumé de brown.

Suélo

Le constat est le même : les usagers prennent le comprimé par quarts. Ils calquent leur mode d'utilisation sur les informations pharmacologiques, qui décrivent une activité du médicament supérieure à 24 heures. Cela montre que les usagers accordent de l'attention à la posologie.

L'EFFICACITÉ PERÇUE DES MÉDICAMENTS « DE SUBSTITUTION »

Les usagers de drogues interrogés ont des appréciations mitigées des médicaments qu'ils utilisent pour *décrocher*. Ils décrivent les effets symptomatiques qu'ils ont éprouvés, par exemple sur la douleur ou sur l'insomnie, qui leur permettent de ne pas sentir le manque et d'avoir d'autres activités que la recherche de *came*. Ils apprécient *a priori* le Subutex ou la méthadone car ils savent que ces traitements sont en vigueur en Europe, ce qui est pour eux un modèle de référence pour le traitement de la toxicomanie, comme pour d'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*.

Néanmoins les limites de l'effet de ces médicaments sont récurrentes dans le discours des usagers et finissent par prendre le dessus sur l'appréciation de l'efficacité, comme l'exprime cet usager :

AUTO-MÉDICATION LORS DU SEVRAGE CHEZ LES USAGERS DE DROGUES À DAKAR

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 avalent 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

D'autres personnes considèrent qu'essayer de décrocher en utilisant les médicaments équivaut à remplacer une drogue par une autre drogue. Aussi certains, comme Assane, estiment que les médicaments de substitution sont moins efficaces que le séjour hors du milieu car « avec les médicaments on peut replonger, tandis que si on part loin on est sûr de ne pas replonger ». De plus la menace de redevenir dépendant semble ne jamais disparaître :

On peut rester quatre à cinq années sans toucher l'affaire et un beau jour on rechute.

Fecca

Les usagers mentionnent ainsi les nombreuses limites de l'efficacité des médicaments, et parfois, de manière plus générale, de toutes les stratégies qu'ils ont utilisées dans leurs tentatives de *décrocher*, qu'ils confrontent à un besoin de suivi psychologique non couvert :

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

Ainsi, les nombreuses expériences de sevrage ne donnent pas toujours des résultats satisfaisants pour les usagers, dont certains disent qu'ils *rechutent à tous les coups*. Leur expérience avec les médicaments leur permet de construire l'idée d'un traitement efficace. Certains pensent que le traitement psychologique est nécessaire en plus du traitement médicamenteux. Ils connaissent les limites des différents traitements à l'œuvre dans le *tracé* et ceux disponibles en Europe, auxquels ils voudraient avoir accès. C'est d'ailleurs ce désir d'obtenir des médicaments efficaces qui les pousse à réclamer la mise à disposition du traitement de substitution au Sénégal.

DISCUSSION

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. Sans entrer dans le débat politique et technique sur les effets sociaux, économiques et sanitaires de la prohibition des drogues, en cours dans de nombreux pays divisés entre approche permissive et répressive, on peut rappeler que des questionnements similaires avaient émergé autour des antirétroviraux au début des années 2000. Lorsque les premiers traitements sont apparus à Dakar, des boîtes sont apparues sur le marché de *Keur Serigne Bi*, probablement détournées entre le port et les services de santé, ou revendues par des agents de santé ; leur prix était extrêmement élevé. Des enquêtes répétées ont montré la disparition des antirétroviraux (ARV) du marché informel à partir du moment où ils ont été délivrés gratuitement dans le cadre de l'Initiative sénégalaise d'accès aux ARV, en 2003 (Egrot *et al.*, 2002).

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. Enfin, les expériences décrites conduisent à s'interroger sur des attentes « excessives » vis-à-vis des médicaments de substitution qui ne sauraient résoudre l'ensemble des problèmes posés par l'usage de drogues – en premier lieu l'exclusion d'une vie sociale « ordinaire » et l'étiquetage comme « déviant » – dont certains usagers, mais pas tous, sont conscients.

Dans ce contexte, les autorités sénégalaises ont élaboré à partir de 2012 une politique de réduction des risques et de prise en charge des usagers de drogues injectables, articulée à une stratégie multisectorielle de lutte contre les comorbidités et incluant un centre de prise en charge intégrée des addictions en projet à Dakar, en phase avec les recommandations des agences des Nations Unies (OMS *et al.*, 2009), qui permet de délivrer les premiers traitements de

substitution aux opiacés dans la région¹⁷. Il serait intéressant de reproduire notre enquête pour préciser si les traitements circulent toujours sur le marché informel et, dans ce cas, si leur utilisation est plus conforme aux normes et plus satisfaisante pour les usagers. En tant que « objet frontière », c'est-à-dire qui prend des significations diverses entre divers mondes sociaux – du soin et de l'usage de drogues, de la dépendance et du sevrage – (Lovell & Feroni, 2007), le Subutex[®], et dans une moindre mesure d'autres traitements de substitution comme la méthadone, est susceptible de cristalliser des controverses qui peuvent prendre des formes particulières dans les sociétés d'Afrique francophone.

En termes d'éthique, la mise en place d'un programme de réduction des risques et de prise en charge dans lequel la méthadone en tant que médicament de substitution occupe une place importante répond à un objectif d'équité en réduisant la vulnérabilité d'une population aux besoins de santé non couverts, qui constitue un élément majeur face à la préoccupation de l'absence de malfaisance évoquée plus haut. Cette option éthique est désormais soutenue par les États d'Afrique de l'Ouest qui ont proposé en 2014 des normes minimales pour des politiques de traitement efficace (West Africa Commission on Drugs, 2014). L'étude des usages futurs des médicaments pour le sevrage, parallèlement au transfert de la gestion du sevrage du secteur informel et clandestin aux services biomédicaux du système de soins public, permettra de préciser les effets sociaux de cette nouvelle approche éthique des besoins des usagers de drogues à Dakar.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient tous les participants à l'enquête, ainsi que les responsables et l'équipe du projet UDSEN pour leur accueil dans le projet, l'ANRS et le GIP ESTHER pour l'appui financier aux enquêtes de terrain, auquel a également contribué l'IRD.

BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- CAMARA E.M., 2007. *La vente illicite des médicaments au marché parallèle de Keur Serigne bi*, Université Cheikh Anta Diop de Dakar ; mémoire de maîtrise en sociologie.
- EGROT M., TAVERNE B., CISS M., NDOYE I., 2002. « La circulation des médicaments antirétroviraux au Sénégal », in A. Desclaux, I. Lanièce, I. Ndoye, B. Taverne (dir.), *L'initiative sénégalaise*

17. Le Centre de prise en charge intégrée des addictions (CEPIAD), basé au Centre hospitalier universitaire national de Fann, a été inauguré le 1^{er} décembre 2014 (Agence africaine de presse, *Ouverture à Dakar d'un centre de prise en charge intégrée des dépendants aux drogues*, <http://apanews.net/news/fr/article-fas.php?id=811092>, consulté le 7 janvier 2015).

NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

- d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS, 221-231.
- FACY F., GUEYE M., AHYI R., KALASA B., 1996. « Enquêtes épidémiologiques sur l'usage des drogues en Afrique (Bénin, Côte-d'Ivoire, Madagascar, Sénégal) », *Psychopathologie africaine*, 1995-1996, XXVII, 2-3, 117-202.
- FASSIN D., 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, Presses universitaires de France, Collections « Les Champs de la santé ».
- JOSEPH H., STANCLIFF S., LANGROD J., 2000. « Methadone Maintenance Treatment (MMT): A Review of Historical and Clinical Issues », *Mount Sinai Journal of Medicine*, New York, 67, 5-6, 347-364.
- LEPRÊTRE A., BÂ I., 2014. *Étude ANRS 1243. Rapport final. Enquête de prévalence et de pratiques à risques d'infection à VIH, VHC, VHB chez les usagers de drogues dans la région de Dakar (Sénégal)*, Dakar, CRCF.
- LOVELL A., FERONI I., 2007. « Les dispositifs de régulation publique d'un médicament sensible : le cas du Subutex[®], traitement de substitution aux opiacés », *Revue française des Affaires sociales*, 3-4, 153-170.
- MÉTÉ D., BODEREAU A., WIND-NAY P., HURBIN E., 2008. « L'usage détourné de trihexyphénidyle », *Alcoologie et addictologie*, 30, 2, 129-135.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE, 2013. *Liste nationale des médicaments essentiels*, Dakar, Direction de la pharmacie et des laboratoires.
- NDIONE A.G., 2014. « L'auto-sevrage par le voyage hors du milieu chez les usagers de drogues injectables (cocaïne, héroïne) à Dakar, Sénégal », 7^{ème} Conférence AFRAVIH, Montpellier, 27-29 avril 2014.
- NDIONE A.G., 2013. « Les pratiques d'auto-sevrage chez les usagers de drogues injectables (héroïne, cocaïne) à Dakar, Sénégal », 9^{ème} Congrès international francophone de la société de pathologie exotique, Dakar, 12-14 novembre 2013.
- NDIONE A.G., 2013. « Usage de drogues et traitement de substitution : analyse d'une médicalisation au Sénégal », Colloque « Nouveaux enjeux éthique du médicament en Afrique de l'Ouest et du Centre », Dakar, 1-2 juillet 2013.
- OMS, 2011. *Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels : 17^{ème} liste*, Genève, Organisation mondiale de la santé, <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>, consulté le 18 décembre 2014.
- OMS, non daté, *Syndrome de sevrage. Définition*, Genève, Organisation mondiale de la santé, http://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr, consulté le 12 février 2014.
- 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*. Genève, OMS, 48 p. http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide_fr.pdf, consulté le 18 décembre 2014.
- PINELL P., 2004. « Toxicomanie. Histoire de la lutte contre la toxicomanie : le cas de la France », in D. Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 1142-1147.
- RHODES T., 1996. *Outreach Work with Drug Users: Principles and Practice*. Strasbourg, Council of Europe. 73 p.
- WEST AFRICA COMMISSION ON DRUGS (WACD), 2014. *Pas seulement une zone de transit. Drogues, État et société en Afrique de l'Ouest*, 68 p., <http://www.wacommissionondrugs.org>, consulté le 18 décembre 2014.

sous la direction de
Mamadou Badji & Alice Desclaux

**NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT
EN AFRIQUE**

ANALYSES EN ANTHROPOLOGIE, DROIT ET SANTÉ PUBLIQUE



SÉLECTION D'OUVRAGES DES AUTEURS

- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2014. *L'enseignement du droit en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2013. *Dire le droit en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2012. *Conflictualité en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2010. *Pouvoirs et États en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., CABANIS A., CROUZATIER J.-M. et al., 2009. *Francophonie et relations internationales*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines/AUF.
- BADJI M. (dir.), 2005. *Droit et santé en Afrique*, Bordeaux, Les Études Hospitalières.
- DESCLAUX A., EGROT M. (dir.), 2015. *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan.
- DESCLAUX A., MSELLATI P., SOW K. (dir.), 2011. *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, Paris, ANRS.
- DESCLAUX A., LANIÈCE I., NDOYE I., TAVERNE B. (dir.), 2002. *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS.
- DESCLAUX A., TAVERNE B. (dir.), 2000. *Allaitement et VIH en Afrique de l'ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala.
- DESCLAUX A., RAYNAUT C. (dir.), 1997. *Urgence, précarité et lutte contre le VIH/sida en Afrique*, Paris, L'Harmattan.
- BENOIST J., DESCLAUX A. (dir.), 1996. *Anthropologie et sida : bilan et perspectives*, Paris, Karthala.

© L'HARMATTAN-SÉNÉGAL, 2015

10 VDN. Sicap Amitié 3. Lotissement Cité Police. Dakar

<http://www.harmattansenegal.com>
senharmattan@gmail.com
senlibrairie@gmail.com

ISBN : 978-2-343-08072-7

EAN : 9782343080727