

DEVENIR CLEAN

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

Albert Gautier Ndione *, Alice Desclaux **

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

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

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

CIRCULATION DES PRODUITS ET DES RÉPONSES EN AFRIQUE

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

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

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

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

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

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

PROPOS ET CADRE CONCEPTUEL

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

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

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

MÉTHODE

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

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

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

TABLEAU 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES INTERROGÉES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

² Terme des consommateurs issu du wolof et signifiant littéralement « être accroché ».

³ Terme des consommateurs désignant les troubles associés au syndrome de manque.

⁴ Terme des consommateurs signifiant *abstinent*.

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

QUATRE VOIES VERS LE SEVRAGE

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

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

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

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

L'hospitalisation en service de psychiatrie

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

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

(Xali)

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

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

(Brama)

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

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

Répondant (R) : À l'hôpital X.

E : Comment ça s'est passé là-bas ?

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

E : Il n'y avait pas de gardien ?

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

(Maba)

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

L'incarcération volontaire

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

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

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

(Alioune)

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

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

(Foucault, 1975 : 283)

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

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

L'automédication

Dans le milieu des consommateurs de drogues à Dakar, l'automédication consiste à recourir à un ou plusieurs médicaments pour traiter les maux provoqués par le sevrage. Parmi les personnes interrogées, 12 y ont déjà eu recours. Les symptômes du manque évoqués par les personnes enquêtées sont principalement des douleurs, des écoulements du nez et des yeux, la perte d'appétit, l'anxiété. Pour les soigner, elles utilisent de nombreux médicaments, seuls ou en association. Ces médicaments peuvent être classés en cinq catégories émiques⁵ :

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

Les personnes enquêtées ont acquis leurs connaissances sur ces médicaments par quatre sources d'information : les expériences d'hospitalisation en psychiatrie (premier recours pour le sevrage en termes de fréquence), les avis de Sénégalais venant d'Europe, le bouche-à-oreille dans le *milieu* et les notices. Les consommateurs de drogues se procurent les médicaments dans les pharmacies, auprès des Sénégalais venant d'Europe et au marché illicite de Keur Serigne Bi⁶

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

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

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

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

(Suélo)

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

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

Le voyage hors du milieu de consommation

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

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

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

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

Le jour où je me rendais à Touba, je ne disposais que de 2 500 francs⁷. Après avoir payé mon billet pour le transport, il ne me restait que 1 500 francs en poche, pour te dire combien j'étais décidé. J'ai pris une dose avant de partir, mais je n'ai amené aucun médicament.

(Zara)

Pour sortir du milieu, je me débrouille pour avoir une petite somme. Avec une partie de mon argent j'achète benn (10)⁸ que j'amène avec moi. Au début j'en prends un par jour, jusqu'à ce qu'il m'en reste cinq. Ensuite, les cinq derniers, je les divise en deux pour diminuer ma consommation. Je les prends pendant dix jours. Au bout des dix jours, quand toute ma provision en brown est finie, je commence à sentir le manque, accompagné de quelques douleurs. Je trouve refuge dans le Kana Boudon⁹ et je prends des Efferalgan que j'avais achetés avant le voyage. Ça m'aide à supporter les douleurs.

(Assane)

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

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

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

⁸ Dix quarts de gramme d'héroïne.

⁹ Alcool traditionnel à base de jus de pomme de cajou fermenté.

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

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

LE RECOURS AU CEPIAD

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

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

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

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

Après une première période de joie manifeste à propos du traitement par la méthadone et de la sortie de la dépendance au *milieu* qu'il autorise, les consommateurs de drogues devenus *patients*¹⁰ (mais qui pour certains d'entre eux continuent à consommer) commencent à se poser des questions. Des informations circulent dans le *milieu* sur la durée et les risques de la méthadone, dont les effets secondaires sont discutés entre utilisateurs. Lors des rencontres des clubs méthadone¹¹, des inquiétudes sont exprimées par les *patients* concernant les effets de la consommation parallèle d'héroïne, la dépendance à la méthadone, l'impact sur la libido. Cette dernière préoccupation, fréquente et

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

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

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

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

Pour faciliter le traitement, le CEPIAD a initié l'*emport* de la méthadone à domicile pendant les week-ends, à la demande des *patients*. Les patients sont fréquemment soumis à un test urinaire en début de semaine pour vérifier les produits consommés pendant le week-end. Les résultats de ce contrôle montrent souvent la consommation d'autres produits (cocaïne, benzodiazépines, alcool, héroïne) en même temps que la méthadone, une pratique de polyconsommation qualifiée « d'indiscipline thérapeutique » par les médecins et pharmaciens. Ce commentaire a créé des tensions car, selon les *patients*, cette polyconsommation n'est pas spécifique au fait d'emporter la méthadone à domicile, mais elle est répandue parmi certains d'entre eux qui n'ont pas cessé de consommer d'autres produits parallèlement à leur prise de méthadone¹². De plus, la promotion de l'abstinence de toute drogue leur semble contradictoire avec le principe de réduction des risques qui n'interdit pas l'usage de produits mais essaie d'encadrer chaque consommation pour protéger les usagers de risques infectieux et sociaux et leur permettre d'avoir une vie saine.

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

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

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

DISCUSSION ET CONCLUSION : DIVERSITÉ DES FORMES DE GUÉRISON

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

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

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

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

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

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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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

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

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

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

Ndione A.G., Desclaux Alice.

Devenir clean : voies et formes de la guérison de l'addiction chez les consommateurs d'héroïne et de cocaïne au Sénégal.

In Desclaux Alice (ed.), Diarra A. (ed.), Musso S. (ed.). Guérir en Afrique : promesses et transformations.

Paris (FRA) : L'Harmattan, 2021, 233-253.

(Anthropologies et Médecines). ISBN 978-2-343-22048-2