



Genre et addictions : les trajectoires des femmes usagères de drogues au Sénégal

Rose André Yandé Faye

► To cite this version:

Rose André Yandé Faye. Genre et addictions : les trajectoires des femmes usagères de drogues au Sénégal. Anthropologie sociale et ethnologie. Université Cheikh Anta DIOP de Dakar (Sénégal), 2022. Français. ⟨NNT : >. ⟨tel-04952503⟩

HAL Id: tel-04952503

<https://amu.hal.science/tel-04952503v1>

Submitted on 17 Feb 2025

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

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



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

École Doctorale Études sur l'Homme et la Société (ÉT.HO.S.)



Année : 2022

N° d'ordre : ÉT.HO.S.

Thèse pour l'obtention de grade de Docteur

Domaine: Études sur l'Homme et la Société

Mention : socio-anthropologie de la santé, genre et addiction

Présentée par

Rose André Yandé Faye

Genre et addictions : les trajectoires des femmes usagères de drogues au Sénégal

Soutenue le 29 janvier 2022 devant le jury composé de :

Président : Lamine NDIAYE, Professeur titulaire FLS/UCAD

Rapporteurs : Fatoumata HANE, Maître de conférences UASZ, Zigunichor

Marie JAUFFRET- ROUSTIDE, Chargée de recherche INSERM/CEMS

Examineur : Mbissane NGOM, Professeur titulaire SJP/UGB

Directeur de thèse : Sylvain Landry B. FAYE, Professeur titulaire FLSH/UACD

Co-directrice de thèse : Alice Desclaux, Directrice de recherche IRD

Dédicaces

À la vie, Joies du présent et espoirs d'avenir !

À la famille, don d'amour, d'amitié et de fraternité !

À Mes parents pour leur amour, leurs conseils et les sacrifices consentis pour mes études. Merci infiniment à papa pour les relectures. Maman Thérèse, tu es pour moi un modèle de femme forte et d'optimisme, tu n'as cessé de m'entourer d'affection et de m'accompagner par tes prières. Pa Léo, ta rigueur et ta générosité m'ont toujours inspirées. Que ce travail soit le reflet des valeurs que vous m'avez inculquées et l'expression des vœux formulés dans vos prières.

À mon Mari Léon Michel, modèle de masculinité positive dont les encouragements, l'amour et la compréhension m'ont permis de commencer et d'aller au bout de ce travail. Reconnaissance infinie pour avoir porté avec moi « ce bébé ».

À mon fils Felwine, mon meilleur « supporter », pour avoir compris très tôt et si jeune les exigences de la thèse. Tes prières chaque soir en ces mots : « Jésus, je veux que maman arrive au sommet de la montagne, sans tomber, sans se blesser et sans se perdre » et tes « allez maman ! », m'ont permis d'avancer et de tenir dans les moments de doute.

À ma fille Reine Marie pour sa gentillesse, le respect et l'affection

À mes frères et sœurs : Agnès et Ignace, Elizabeth et Étienne, Simon, Michel, Véronique, Marie Benoît, pour leurs encouragements permanents, leur soutien moral et affectif, leur appui et leur disponibilité pour ma petite famille. Un grand merci à Marie Benoît pour s'être occupée de Felwine pendant mes absences et de m'avoir suppléée dans les tâches ménagères.

À ma belle-famille pour leur soutien et les vœux formulés pour l'aboutissement de ce travail : Papa Alphonse et maman Margo, Serge et Angella, Anne et Anicet, Yacinthe, Fabienne, Aloyse

À mes nièces et neveux : Déli, Kiki, Léo, Edou, Mijoe, Annie, Nancy, Assia

À mon aide-ménagère Fatou dit maman, maintenant membre de la famille, pour les services rendus, la gentillesse et sa présence

À l'espérance qui m'a « fait marché plus loin que ma peur » !

Remerciements

Au Professeur Sylvain Landry Faye

Mon directeur de thèse. Merci infiniment de m'avoir formée à l'enquête de terrain en m'associant dès ma troisième année de formation en sociologie, à vos projets de recherches. Votre rigueur, votre dévouement dans l'enseignement et votre amour pour la socioanthropologie de la santé ont suscité en moi tout l'intérêt pour cette discipline. Vous avez accepté de diriger avec enthousiasme cette thèse. Tout au long de ce travail vous vous êtes investi avec maestria de par votre disponibilité, votre écoute, et vos conseils avisés en tant que coach mais aussi en tant que frère. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Au professeur Alice Desclaux

Ma Co-directrice. Vous m'avez intégrée depuis 5 ans dans l'équipe CRCF/TransVIHMI en reconnaissant en moi des potentialités à développer. Vous m'avez mise dans de bonnes conditions de réalisation de la thèse en m'aidant dans la recherche de financement. Vous m'avez formée à la recherche et à l'écriture scientifique avec rigueur et générosité. Sans votre coaching à chaque étape du processus, sans vos encouragements, ce document n'aurait jamais vu le jour. Je tiens à vous remercier chaleureusement pour votre soutien et votre compréhension. Vous n'avez pas désespéré face à mes tâtonnements et à mes limites. Merci infiniment pour votre patience.

Au Dr Khoudia Sow

Responsable scientifique avec Alice Desclaux du projet CODISOCS. Vous m'avez presque maternée. Merci sincèrement pour votre écoute active et vos conseils avisés de femme, mère et chercheuse hors pair.

À tous les enseignants du département de sociologie qui ont participé à ma formation. Je tiens à remercier tout particulièrement les professeurs Souleymane Gomis et El Hadj Malick Sy Camara pour m'avoir impliquée dans leurs projets de recherches respectifs au cours de mes années de master et d'avoir continué à m'encourager dans le cadre de ce travail. Un grand merci au professeur Tidiane Ndoeye pour la relecture, les critiques constructives, les suggestions pertinentes et les conseils.

À tous les membres du Jury, aux professeurs Lamine Ndiaye, Fatoumata Hane, Marie Jauffret Roustide, Mbissane Ngom, merci infiniment d'avoir accepté de juger ce travail.

Aux participants à l'étude, merci infiniment pour votre contribution particulièrement aux femmes usagères de drogues qui ont trouvé du sens à reconstituer leurs trajectoires. Une pensée pieuse à Diary et Bintou qui nous ont quittés au cours des enquêtes.

Aux médiateurs et médiatrices qui ont facilité mon terrain. Merci particulièrement à Ousmane Gaye (Pacha) et à Omar Ba (Pacha junior) pour m'avoir accompagnée sur le terrain de jour comme de nuit, pour leur engagement, leur soutien et leurs conseils. Aux femmes engagées : Aida Diagne, Mariama Ba, Ndeye Khady Dione pour m'avoir aidée à mobiliser les femmes pour les focus groups, pour leur confiance et l'estime qu'elles n'ont cessé de me manifester.

Au professeur Idrissa Ba et à toute son équipe pour la collaboration fructueuse et pour avoir facilité mon immersion au CEPIAD. Un grand merci aux addictologues Dr Ibrahima Ndiaye et Dr Oumar Mamadou Samba pour leur aide dans le cadre de ce travail. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

À l'ANRS qui m'a octroyée une allocation de recherche à travers un financement pendant 4 années. Soyez assurés de ma profonde gratitude.

Au Dr Karim Diop et à toute l'équipe du CRCF, un grand merci pour le cadre de travail, le soutien et le dynamisme des jeunes collègues : Dr Bara, Aissatou, Sokhna, Fofana, Lucresse, Mass, Sow, Ousseynou, Ndeye Amy, Marianne, Amina, Khéwé, Mame Yacine, Habi, Khady, Soul, Bintou et Mariama, Ta Khady et Mme Mbaye... tous les médecins, pharmaciens, assistants sociaux et médiatrices. Merci particulièrement à l'équipe sciences sociales pour les relectures.

À Bernard et à l'IRD, je tiens à adresser mes sincères remerciements pour l'encadrement et le soutien de tous les membres de l'équipe Nord TransVIHMI pour m'avoir accueillie en 2019, lors de mon stage à Montpellier.

À Valérie Delauney et Dr Sadio Ba Gning, mes sincères remerciements pour m'avoir intégrée en premier dans les équipes de l'IRD en qualité d'Agent transcripteur dans le projet Réso et ensuite pour m'avoir recommandée au Pr Alice Desclaux comme Assistante de recherche.

À Gabrielle, Séverine et Lucie, merci pour les relectures et les échanges scientifiques. Soyez assurées de ma profonde reconnaissance.

À Christiane Vairat et à sa famille pour m'avoir ouvert à la fois les portes de sa maison et de son cœur lors de mon passage à Montpellier. Merci infiniment.

À Albert Gautier Ndione et Mouhamet Diop, que j'appelle mes « Co », mes coéquipiers de rêve de l'équipe CODISOCS. Je tiens à vous exprimer ma gratitude pour les échanges scientifiques, les relectures, l'aide pour la mise en forme de ce document et pour votre amitié. Merci particulièrement à toi Gautier pour m'avoir introduite au CRCF, pour m'avoir inspirée de par tes travaux, pour ton soutien indéfectible et ton apport scientifique depuis qu'on s'est connu à l'Université en 2008.

Au Pr Mbissane Ngom qui m'a invitée à intervenir au cours « Drogues et droits humains en Afrique de l'Ouest », dès ma deuxième année de thèse. Un grand merci pour la confiance et les encouragements. Je tiens à remercier tous les collaborateurs rencontrés à ce cours : Fabrice, Abdou, Jérôme...merci particulièrement à Louis pour ton amitié et ton soutien.

Au professeur Thierno Cissé du département de linguiste de l'UCAD, sincères remerciements pour m'avoir aidée à retranscrire correctement les termes wolofs.

À mes amis, merci profondément pour le soutien moral et affectif : Christine, Ndeye Maguette et Ibrahima, Placide, Franchesca, Cilor, Myriam, David, Sidy Ba, Charlotte, Jeanne et merci particulièrement à toi Ibrahima Ndiaye pour avoir été à l'écoute et de m'avoir soutenue au milieu de la tempête.

À mes collègues, puis amies, ces jeunes femmes dont les thèses et les trajectoires académiques ont inspiré ce travail de par leur pertinence et leur courage : Dr Sokhna Boye, Dr Selly Ba, Dr Rama Tall, Dr Marème Diallo. Merci particulièrement à Sokhna et Marème pour l'amitié, les longues discussions autour de mon sujet, les relectures et les suggestions.

À tous les camarades docteurs et doctorants qui ont contribué à ce travail à travers les échanges au séminaire du Pr FAYE : Dr Mouhamed Badji, Dr Waly Diouf, Dr Youssou Tall, Pape Serigne Sylla, Abdoulaye Moussa, Aminata Ka, Hawa Lam, Absa, Bocar, Seyni, Paul, frère Aurel, Mami Diagne.... Je tiens à exprimer ma sincère gratitude à Dr Yousou Tall pour la relecture.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué de près ou loin à cette thèse.

Sommaire

GENRE ET ADDICTIONS : LES TRAJECTOIRES DES FEMMES USAGERES DE DROGUES AU SENEGAL.....	I
SOMMAIRE	III
TABLES DES ILLUSTRATIONS	3
RESUME	4
SIGLES ET ABREVIATIONS	6
CONVENTION POUR LA TRANSCRIPTION DES MOTS WOLOF.....	9
INTRODUCTION GENERALE : LES FEMMES USAGERES DE DROGUES, UNE HISTOIRE PEU CONNUE.....	12
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	16
CHAPITRE 1 : LES DROGUES ET LES REPONSES SOCIALES EN AFRIQUE ET AU SENEGAL.....	17
CHAPITRE 2 : LES FEMMES FACE AUX DROGUES ET AUX CONDUITES ADDICTIVES	40
CHAPITRE 3 : OBJET D'ETUDE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	61
CHAPITRE 4: CADRE THEORIQUE: DROGUES, BIOGRAPHIES, GENRE, SOINS DE SANTE	79
CHAPITRE 5. METHODOLOGIE, ETHIQUE ET REFLEXIVITE.....	101
DEUXIEME PARTIE : DES VIES DE FEMMES AVEC LES DROGUES.....	122
CHAPITRE 6. TRAJECTOIRES ET VIE DE FEMME (S) : APPROCHE BIO-ETHNOGRAPHIQUE	123
CHAPITRE 7. QUATRE PROFILS SOCIAUX TYPES DE CONSOMMATRICES DROGUES.....	147
CHAPITRE 8 : LES PRATIQUES « AU FEMININ » DES DROGUES : PRODUITS, USAGES, CONTEXTES	167
TROISIEME PARTIE : LES ETAPES DES TRAJECTOIRES ET LEURS DÉTERMINANTS.....	198
CHAPITRE 9. LES TRAJECTOIRES : DES PREMICES A L'ENGAGEMENT DANS LA CONSOMMATION DE DROGUES	199
CHAPITRE 10. DES USAGERES DE DROGUES SOUMISES A PLUSIEURS VULNERABILITES: LE TRAVAIL SEXUEL, L'INCARCERATION, LA RELATION DE COUPLE, LA STIGMATISATION, LA MATERNITE.....	212
CHAPITRE 11. LES EFFETS DU COVID-19 SUR LA VIE DES FEMMES USAGERES DE DROGUES	235
CHAPITRE 12: LES TRAJECTOIRES : DESIR « D'EN SORTIR » ET REALITES	256
QUATRIEME PARTIE : LES FEMMES ET LA PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE, MEDICALE ET SOCIALE.....	279
CHAPITRE 13. LE RAPPORT DES FEMMES AU CEPIAD.....	280
CHAPITRE 14. LES BESOINS ET ATTENTES DES FEMMES USAGERES DE DROGUES	302
CHAPITRE 15. LE FACTEUR GENRE DANS LA REPONSE AUX BESOINS DES FEMMES USAGERES DE DROGUES	321

CONCLUSION GENERALE	348
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	356
TABLE DES MATIERES	378
ANNEXES.....	385

Tables des illustrations

Figure 1: Répartition des femmes détenues au Sénégal par type d'infraction (HCDH et AJS 2015)	23
Figure 2: Disponibilité des services de réduction des risques en Afrique subsaharienne (HRI 2018)	33
Figure 3 : Effet télescopique (source Résumé analytique ONUDC 2018)	44
Figure 4: Répartition de l'usage non médical de médicaments de prescription (source Résumé analytique ONUDC 2018)	44
Figure 5 Affaire Hlba Thiam,	68
Figure 6: Triangle multifactoriel d'Olivenstein	86
Figure 7: SAVA Interconnections (Singer 2000)	99
Figure 8: COVID 19, la grande pandémie	100
Figure 9 : Région de Dakar, zones d'interventions équipe Outreach	102
Figure 10: Région de Thiés	103
Figure 11: Image de la reine Ndaté Yala	127
Figure 12 : La Reine Ndatté Yalla accompagnée de son mari	127
Figure 13: Femme wolof	127
Figure 14: Signare de Saint Louis	128
Figure 15: Femme fumant du crack (photo ci-dessous prise en 2020 à Dakar lors de nos enquêtes)	128
Figure 16: Frise chronologique trajectoire Oumou	132
Figure 17: Frise chronologique trajectoire de Sokhna	136
Figure 18: L'organisation fonctionnelle du CEPIAD (plan stratégique 2020-2024)	285

Résumé

A Dakar, l'expérience des femmes usagères de drogues injectables n'a jamais été analysée d'un point de vue socio-anthropologique. Les éléments d'informations disponibles à leur sujet montrent que leur expérience se démarque de celle des hommes en ce qu'elles sont très vulnérables : moins nombreuses, elles consomment souvent de l'héroïne et du crack, sont souvent travailleuses du sexe et sont plus souvent que les hommes atteintes par le VIH et le VHC. En 2019, elles sont toujours minoritaires (1/10) parmi les patients suivis au CEPIAD, premier centre de prise en charge intégrée des addictions en Afrique de l'Ouest, ouvert en 2014.

Nous proposons de sortir de l'ombre la vie des femmes usagères de drogues en utilisant le concept sociologique de « trajectoire ». Définies comme une suite d'événements se produisant à la fois dans le temps historique et dans le temps biographique, qui peuvent être interprétés au travers de séquences reflétant des processus sociaux, les trajectoires de vie, de consommation et de soins, permettent d'appréhender les déterminants sociaux de l'expérience des femmes, qui fréquentent ou pas le dispositif de prise en charge.

Cette thèse, d'approche qualitative, associe observation au Cepiad, entretiens individuels et discussions de groupes avec les femmes usagères de drogues (UD), les hommes UD et des personnes ressources. 34 récits de vie de femmes UD ont été recueillis entre 2017 et 2020. Trois thématiques ont été explorées : les trajectoires et vie de femmes avec drogues, leurs étapes et leurs déterminants, les perceptions différenciées (hommes/femmes, acteurs) par rapport à la prise en charge addictologique, médicale et sociale.

La description et l'analyse des pratiques des drogues au féminin montrent différents usages de produits (héroïne, cocaïne/crack, cannabis, alcool, pions, tramadol). Certaines femmes font une polyconsommation de substances psychoactives, la cocaïne/crack étant le produit le plus consommé, généralement fumé et inhalé, rarement injecté.

Les femmes entrent dans une trajectoire de consommation de drogues selon trois différentes modalités : par incitation à prendre de l'héroïne ou de la cocaïne par leur pairs, à l'insu ou dans l'entourage familial ; par leur conjoint ou petit ami dans une forme d'addiction de couple ; pour soulager la douleur causée par la drépanocytose. Nous avons identifié quatre profils de femmes présentes dans le milieu des usagers de drogues à Dakar et à Mbour: des jeunes femmes dans le monde de la nuit et du divertissement ; des jeunes femmes des quartiers populaires et associations de TS ; des femmes moins jeunes, plus connues dans le milieu des UD où elles sont appelées « anciennes junkies » ; des femmes d'âges divers, plus isolées. Leurs trajectoires

témoignent que certaines (mais pas toutes) cumulent plusieurs vulnérabilités : TS, PVVIH, UD. La plupart des femmes au CEPIAD sont des anciennes consommatrices d'héroïne, alors que les femmes rencontrées au dehors consomment pour la plupart de la cocaïne/crack et d'autres produits (alcool, cannabis...).

Des différences de genre en ce qui concerne l'accès aux soins sont observées. Les facteurs limitant l'accès sont pour les hommes la crainte d'être dépendant de la méthadone et pour les femmes la peur de la stigmatisation. La prise en charge globale des addictions est appréciée par les femmes UD. Cependant elles ont des attentes spécifiques : une meilleure prise en charge gynécologique, réinsertion professionnelle, autonomisation technique, être assurée d'une prise en charge efficace de l'addiction à la cocaïne/crack.

Le COVID a créé un fardeau supplémentaire en fragilisant davantage les femmes UD déjà affectées par l'usage de drogues, les pathologies infectieuses, les inégalités de genre, la précarité, la stigmatisation. L'analyse syndémique montre que même si les femmes UD n'ont pas été très touchées par la transmission du virus, sur le plan social, le COVID 19 les a rendues plus précaires (baisse des revenus, difficultés pour assurer les charges quotidiennes). Cette vulnérabilité économique crée une certaine fragilité sanitaire pour les femmes qui ont continué le travail de prostitution en temps de COVID. Elle accroît la vulnérabilité morale eu égard aux cas de stigmatisation perçus et aux re consommations de drogues.

Les récits de vie montrent une diversité de profils qui permet de comprendre que les consommatrices de drogues évoluent dans des contextes sociaux différents. La plupart des consommatrices de cocaïne/crack n'ont pas recours aux centres de prise en charge, ce qui explique en partie le faible nombre de patientes. Les parcours de certaines femmes témoignent d'une expérience intersectionnelle : elles peuvent être à la fois UD-TS-PVVIH. Quelques-unes ne partagent pas les caractéristiques de marginalité sociale de la majorité des femmes, la stigmatisation est le principal obstacle à leur recours aux soins. Pour adapter les approches « au féminin », il est nécessaire de diversifier les réponses en fonction des profils des femmes et de leurs besoins.

Mots clés : Trajectoire, Femmes, Genre, intersectionnalité, Addictions, Drogues, Réduction des risques, Sénégal

SIGLES ET ABREVIATIONS

AJS :	Association des Juristes Sénégalaise
ALT2S :	Association de lutte contre la toxicomanie, la TB, le VIH/Sida et la stigmatisation
ANCS :	Alliance Nationale des Communautés pour la Santé
ANRS :	Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites (France)
ASUD :	Auto Support des Usagers de Drogues
CAARUD:	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues
CAAT :	Cellule Aéroportuaire Anti-Trafic
CDEAO :	Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CEPIAD :	Centre de Prise en Charge Intégrée des Addictions
CILD :	Comité Interministériel de Lutte contre les Drogues
CNLS :	Conseil National de Lutte contre le Sida (Sénégal)
CNTIF :	Cellule Nationale de Traitement des Informations financières la Commission mondiale pour la politique des drogues
CODISEN :	Cohorte de Consommateurs de Drogues Injectables au Sénégal
CODISOCS :	Consommateurs de Drogues Injectables et Dynamique sociale au Sénégal
CRCF :	Centre régional de Recherche et de Formation à la prise en charge clinique de Fann (CRCF)
CSAPA :	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSID/JC :	Centre de Sensibilisation et d'information sur les Drogues/Jacques Chirac
Enda Santé :	ONG au Sénégal, entité en charge des programmes de Santé au sein de Enda Tiers Monde
Femmes engagés :	Association de Réduction des Risques des femmes usagères de drogues au Sénégal

Fonds Mondial : Organisation internationale pour mettre un terme aux épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme

Frontlines Aids : International HIV/AIDS Alliance

HCDH : Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme

HRI : Harm Réduction International

IDPC : Consortium International des Politiques de Drogues

INPUD : International Network of people who Use Drugs (Réseau international des usagers de drogues)

INWUD : International Network of Woman Who Use Drugs (Réseau international des femmes usagères de drogues)

IRD : Institut de Recherche pour le Développement

OCTRIS : Office central de trafic et de répression illicite

OICS : Organe International de contrôle des drogues et des Stupéfiants

OMD : Organisation Mondiale des Douanes

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG JAMRA : Organisation non gouvernementale islamique sénégalaise

ONU : Organisation des Nations Unies

ONUDC : Office des Nations Unies contre le Drogue et le Crime

ONUFEM : entité des Nations Unies consacrée à l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

ONUSIDA: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

OSF : Open Society Foundation

OSIWA : Open Society Initiative in West Africa

PARECO : Programme régional de réduction des risques et autres comorbidités et promotion des droits humains

RAFASUD : Réseau Afrique francophone autosupport des usagers de drogues

RDR : Réduction des Risques

SEV : Santé, Espoir, Vie

SMS : Sauver ma Santé

TB : Tuberculose

UMCC: Unité Mixte de Contrôle de Conteneur et de navire

UPAM : Unité de Prise en charge Ambulatoire

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immuno déficience Humaine

WACD : West Africa Comission and Drugs

WHRIN : Women and Harm Reduction International Network

Convention pour la transcription des mots wolof

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

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

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

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

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

Introduction générale : les femmes usagères de drogues, une histoire peu connue

Aux prémices de mon questionnement...

En fin 2015, alors que je venais d'intégrer l'équipe du Centre régional de Recherche et de Formation à la prise en charge clinique de Fann (CRCF), le premier travail qui m'a été demandé fut de faciliter le terrain d'une étudiante venue de France qui faisait son master de santé publique. Son sujet portait sur le Centre de prise en charge intégrée des addictions (CEPIAD) ouvert en 2014. Je devais administrer aux patients un questionnaire d'évaluation du CEPIAD en Wolof (Lassmann 2015). Lorsque le professeur Alice Desclaux m'en a fait la proposition, j'étais surprise d'apprendre qu'il y avait des consommateurs de drogues injectables (CDI) au Sénégal. Dans le discours social auquel j'avais accès, il était plus question d'usage de *Yàmbaa* (le cannabis) et d'alcool. Les drogues comme l'héroïne et la cocaïne, j'en entendais parler que dans le cinéma américain. Plus tard, pour m'imprégner de la situation, j'ai lu les résultats de l'enquête épidémiologique UDSen et les travaux de Ndione (2017) sur la mise en place d'un premier dispositif de soins moderne pour les addictions en Afrique de l'Ouest, le CEPIAD (Ndione 2017). Par ailleurs, au moment de faire mon enquête, je suis allée sur le terrain avec beaucoup d'aprioris :

- En me disant que si la consommation de drogues injectables existe au Sénégal, ça doit être plus une « affaire » d'hommes que de femmes ;
- En ayant peur d'être en contact avec cette population, car dans les représentations populaires, les *drogués* étaient souvent assimilés à *des délinquants, des criminels*. De plus, cette image est largement véhiculée dans les médias. Par ailleurs, la loi au Sénégal criminalise la consommation de drogues.

Une fois au CEPIAD, j'ai été surprise de constater qu'il n'y avait pas seulement des hommes usagers de drogues (UD), il y en avait aussi des femmes. Ces dernières étaient moins nombreuses que les hommes, mais la plupart d'entre elles présentaient un aspect dégradé par l'usage de drogues. L'une d'elles a particulièrement marqué mon esprit : elle se couchait toujours devant la porte où je faisais mes entretiens. Elle avait les pieds enflés et des dermatoses sur le corps et elle refusait toujours de répondre au questionnaire prétextant d'être fatiguée. Quelques temps après, j'appris qu'elle était décédée, car elle avait le VIH et ne suivait pas correctement son traitement. A partir de là, je me suis posée des questions, notamment sur le statut de la femme dans notre société (mère, épouse, nourricière...)...En tant que femme

sénégalaise, je me suis demandée alors qui sont ces femmes ? Comment elles sont arrivées à consommer les drogues dans une société sénégalaise marquée par le poids des normes de genre ? Quelles perceptions de leur entourage et de leurs familles ? ont-elles des enfants ?...

En 2016, J'ai eu l'opportunité d'intégrer l'équipe du projet de recherche multidisciplinaire, Cohorte de Consommateurs de drogues injectables en Afrique de l'Ouest. La participation à ce projet et les orientations du Pr Alice DESCLAUX et du Pr Sylvain FAYE vont impulser l'intérêt de commencer une thèse en 2017 sur les trajectoires des femmes UDI. Par ailleurs, au début de mes recherches, lorsque j'évoquais le sujet de ma thèse dans les discussions avec mon entourage (famille, amis, camarades), je devais toujours répondre aux mêmes questions : « ah bon il y a des personnes qui utilisent l'héroïne et la cocaïne à Dakar ? Ça existe un centre de prise en charge dédié aux addictions au Sénégal ? ». Quand j'évoquais la question des femmes UD, je lisais toujours la même surprise sur le visage de mes interlocuteurs : les femmes UD ça existe ? J'étais souvent amenée à répondre à la question : « qui sont –elles ? ». Ces interpellations témoignent du fait que la situation des femmes UD reste très peu connue au Sénégal.

La consommation de drogues chez les femmes une pratique cachée : Le cas de Bintou, 59 ans

R : Ce qui est extraordinaire dans toute ma vie de droguée comme on dit, pour mon histoire avec la drogue, mes parents n'ont jamais été au courant... le reste de la famille l'a su plus tard... (...) J'ai deux sœurs, une petite sœur et une grande sœur. Donc ma grande sœur, on n'a jamais vécu ensemble parce que c'est l'aînée de la famille, elle a grandi avec sa tante, l'épouse de son père, son père avait divorcé avec maman, et ma mère s'est remariée avec mon papa. Donc c'est quand on est devenu majeur qu'on a commencé à se fréquenter. Ma petite sœur et moi avons grandi devant notre maman. Mais mes sœurs ne sont jamais sorties de la maison, elles étaient toujours à côté de la maman et elles n'allaient même pas en boîte de nuit, elles ne connaissent pas, elles ont eu une vie vraiment stricte. Moi j'étais celle qui sortait, qui voyageait, donc j'ai goûté à toutes les sauces, mais j'ai tout fait pour que ma famille ne sache pas. Mes parents savaient quand même que je fume la cigarette parce que je le faisais à la maison. Ma maman, elle est Peul de par son père, et Malinké de par sa mère, donc moi je suis dans une famille toucouleur et elles sont conservatrices, c'est des familles qui ne veulent rien de ces trucs-là. S'il s'avère qu'ils sachent que je fume la drogue, il y a rupture totale. Donc j'ai tout fait pour que ma famille ne sache pas que je fume de la drogue jusqu'au décès de mes parents². Je n'ai jamais amené un drogué chez moi, j'ai toujours

² Ses sœurs et les autres membres de la famille ont par la suite découvert qu'elle consommait de l'héroïne, ce qui a provoqué des disputes et une exclusion au niveau familial

évités ces genres de trucs. Quant à la cigarette, l'herbe, il n'y pas de problèmes parce qu'il y a mes deux frères qui fumaient de l'herbe à la maison, mon papa a tout fait pour qu'ils arrêtent mais...c'est Rebeuss quoi, c'est le quartier, presque dans chaque famille il y a quelqu'un qui fume de l'herbe. Mais le paradoxe est que dans le quartier-là, il n'y a personne qui fume de la drogue dure, ils sont contre la drogue dure, aucun dealer n'ose venir à Rebeuss pour vendre de la drogue dure, parce que si tu le fais, dans 48 heures si on sait que tu vends ça dans le quartier, tu es vite dénoncé, mais quant à l'herbe, l'alcool, ça passe dans le quartier

Cet extrait est tiré du récit de vie de Bintou³ (59 ans). Elle a consommé l'héroïne, la cocaïne et le cannabis depuis plusieurs années. Ce passage décrit la manière dont elle a caché son usage de drogues injectables à ses parents. Lorsque nous l'avons rencontrée pour la première fois, elle était déjà sous méthadone⁴ depuis plusieurs mois. Cependant, elle continuait à avoir des consommations parallèles de cocaïne/crack. Elle nous montre également comment l'usage du cannabis est plus accepté que la consommation de drogues injectables dans son quartier. Bintou s'est arrangée pour dissimuler sa pratique de consommation à son entourage proche pendant des années pour éviter l'exclusion et la stigmatisation. Sa situation est similaire à celles de la plupart des histoires de femmes UD que je vais décrire et analyser dans ce travail.

Par ailleurs, En 2011, les femmes CDI incluses dans l'étude UDSEN, beaucoup moins nombreuses que les hommes, avaient des taux de prévalence du VHC et du VIH plus élevés et consommaient surtout de l'héroïne et du crack. La plupart d'entre elles étaient aussi travailleuses du sexe (TS) (Leprêtre et al. 2015). En 2017, les femmes sont minoritaires parmi les usagers du CEPIAD. Dans les premières discussions avec l'équipe de terrain et le personnel soignant du CEPIAD, l'invisibilité des femmes à la fois dans les milieux des usagers de drogues et le centre de prise en charge est sans cesse soulignée. Dès lors, notre travail consiste à aller vers cette « population moins accessible » ou moins visible et sera une étude socio-anthropologique approfondie s'intéressant aux femmes UD au Sénégal et en Afrique de l'ouest francophone. Elle permettra de:

- Documenter les différents profils féminins de UD dans leurs contextes socioéconomiques et culturels ;

³ Nous avons changé les noms des femmes en leur affectant un pseudonyme et en donnant des âges approximatives pour respecter la confidentialité

⁴ La méthadone est un opiacé synthétique qui est utilisé comme traitement de substitution de l'héroïne dans les programmes de traitement des usagers de drogues.

- Documenter la diversité des trajectoires des femmes en termes de soin et de consommation de drogues au Sénégal ;
- Connaitre les besoins de soins et de réduction des risques que souhaitent les femmes UD ;
- Comprendre les inégalités d'accès aux soins et à la prévention selon le genre.

Plan de la thèse

À travers une revue de la littérature, La thèse abordera le contexte de la diffusion et la consommation des drogues en Afrique, et plus précisément au Sénégal et les réponses sociales en cours de développement. L'état de l'art permettra également de passer en revue ce que vivent les femmes usagères de drogues en Afrique et dans le monde. Après la présentation de l'objet de recherche et de la problématique, la thèse décrira la vie des femmes usagères de drogues, les profils et les particularités de l'usage féminin de drogues au Sénégal. Une autre partie de la thèse sera réservée à la description des trajectoires et de l'impact des facteurs tel que la prostitution, la grossesse, les relations avec le partenaire, la stigmatisation, les comorbidités (VIH, hépatites), la COVID 19 sur les trajectoires de consommation et de soins des femmes UD. La thèse finira par la description du rapport des femmes au dispositif de prise en charge médicale somatique et addictologique.

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

CHAPITRE 1 : LES DROGUES ET LES REPONSES SOCIALES EN AFRIQUE ET AU SENEGAL

Introduction

L'usage et l'abus des drogues licites et illicites prennent des formes différentes selon les contextes. La façon dont la problématique des drogues est perçue et comprise dans une société donnée, à un moment donné, varie considérablement d'une société à une autre. La consommation de substances psychoactives affecte non seulement la santé d'une personne, mais aussi les familles, les communautés et le système de justice pénale. La manière dont la consommation de drogues est réglementée et traitée sont des questions pour lesquelles les sciences sociales fournissent des informations importantes (Maestracci 2005).

En Afrique, la consommation des drogues est une réalité sociale qui touche plusieurs pays. Il y a une dizaine d'années, un article attirait l'attention sur le problème croissant de la problématique des drogues en Afrique de l'Ouest et ses conséquences sociales, politiques et sanitaires (Raguin et al. 2011). Les auteurs rapportent que l'Afrique est devenue une importante région de transit pour le trafic d'héroïne et de cocaïne. L'héroïne en provenance d'Asie transite par l'Afrique orientale et centrale, en direction de l'Europe et des États-Unis. La cocaïne est transportée en Europe par voie maritime, aérienne et plus récemment par voie terrestre, via des réseaux autrefois utilisés pour le trafic de cannabis (Raguin et al. 2011).

Le débat actuel sur les drogues est marqué par le discours pluriel des acteurs publics, des économistes, des juristes, des addictologues et des pharmacologues. Les analyses sociologiques et anthropologiques restent assez limitées. Les publications disponibles décrivent l'étendue du trafic et de la consommation des drogues et mettent l'accent sur les effets négatifs de la répression. Les conséquences sociales et sanitaires de leur usage sont largement documentées. Cependant, les données spécifiques en ce qui concerne la consommation de drogues chez les femmes et les différences en matière d'usages entre les sexes demeurent limitées.

L'Afrique subsaharienne est assimilée, dans la recherche académique comme dans l'opinion publique, à un espace privilégié de l'économie informelle, incluant l'économie illicite, au-delà du monde des drogues. Cette perception est renforcée par son niveau de pauvreté, par l'expansion des groupes terroristes s'appuyant sur le trafic illicite et par le climat politique instable par rapport aux autres régions du monde (Sindzingre 2001). Déjà, il y a 20 ans, Sindzingre décrivait l'importance croissante de la circulation des drogues en Afrique subsaharienne. Selon l'auteur, l'association dans les médias entre drogues et Afrique

subsaharienne relève de l'image dégradé du continent (Sindzingre 2001). Les études concernant les facteurs d'expansion de la circulation des drogues et du trafic restent cependant parcellaires. Le rapport annuel de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) décrit ainsi les tendances -telles que, sur les dix dernières années, une expansion en Afrique de l'ouest de la circulation de l'héroïne en provenance d'Asie, un redéploiement des itinéraires trans-sahariens vers l'Europe. Il montre également la subsistance de livraisons de cocaïne en provenance de l'Amérique latine, le développement de réseaux de diffusion de médicaments psychotropes ou antalgiques addictifs sur le marché informel du médicament (ONUDC 2018).

Du point de vue de la consommation, les recherches épidémiologiques sur les populations de consommateurs de drogues sont pour la plupart descriptives et mettent en évidence l'impact de l'usage des drogues sur la santé (Leprêtre et al. 2015; D. J. Bouscaillou et al. 2014; Ekouevi et al. 2013a). Ces enquêtes de prévalence concernant les consommateurs de drogues ont notamment contribué à objectiver la présence de consommateurs de drogues en Afrique et ont montré le lien entre l'usage de substances et la transmission des pathologies infectieuses (VIH, Hépatites, TB). Les taux de prévalence élevés de ces comorbidités ont motivé l'intégration récente des politiques de réduction des risques en Afrique⁵ (Rhodes et Reychad 2016). Plusieurs études dans le monde démontrent l'efficacité d'une réponse basée sur la santé et sur les droits humains (GCDP 2012; Chouvy 2015; Coppel 2017). Ces écrits dénoncent les conséquences de *la guerre contre la drogue*⁶ s'appuyant sur des réponses pénales répressives, au détriment des droits humains et de la santé publique.

En Afrique subsaharienne, des interventions de réduction des risques sont progressivement mises en œuvre depuis une vingtaine d'années dans le cadre des politiques nationales en matière de drogue, qui adoptent une approche opposée à celle répressive ayant prévalu depuis les indépendances (Myers, Carney, et Wechsberg 2016a). La question des drogues est de plus en plus considérée sous l'angle de l'addiction, une notion qui implique que les consommateurs ont

⁵ Ensemble de politiques, programmes, services et actions qui permet de réduire les risques économiques, sociaux et de santé associés à la consommation de drogues pour les individus, les communautés et la société.

L'approche de réduction des risques reconnaît comme un objectif valable la réduction des risques relatifs associés à l'abus de drogues dans les interventions en matière de drogue.(Faramelli 2017)

⁶ La Guerre contre la drogue est une politique basée exclusivement sur la prohibition des drogues ou produits classés comme stupéfiants et la répression, sans considérer la notion d'addiction. L'expression War on drugs a été utilisée par le président américain Nixon, en 1971. Cette « guerre » cible le commerce, la détention et la consommation de produits dits illicites, considérés comme provoquant une forte dépendance, des problèmes de santé, délinquance et criminalité. Le consommateur de drogues est donc perçu et considéré comme une menace et comme un criminel potentiel. Dans le cadre de ce travail, cette expression est entendue comme l'ensemble des politiques publiques répressives visant à éradiquer les drogues et à promouvoir l'abstinence.

besoin d'être soignés plutôt que réprimés. C'est ce qu'on a appelé la médicalisation⁷ de la question des drogues. Alors que quelques projets pilotes de prise en charge des usagers se mettaient en place, des travaux ethnographiques se sont consacrés au traitement des usagers de drogues dans ce contexte de médicalisation. Des travaux menés en Tanzanie et au Kenya se sont concentrés spécifiquement sur les effets bénéfiques de la méthadone sur les CDI (améliorations sur la santé physique et mentale) ainsi que sur les inégalités de genre en ce qui concerne son accès (Myers, Carney, et Wechsberg 2016a). Dès lors, dans le champ de la recherche, on se penche sur les significations de la consommation chez les hommes et chez les femmes, les vulnérabilités spécifiques selon le type de drogue consommée, les co-morbidités et le genre. L'objectif de ces recherches est de définir des réponses sociales aux drogues qui soient à la fois efficaces, accessibles, socialement acceptables et équitables.

Dans ce chapitre, nous présentons le contexte de la diffusion et la consommation des drogues en Afrique, et plus précisément au Sénégal, puis les réponses sociales répressives qui ont prévalu au cours des dernières décennies, et la réponse en termes de droits humains en cours de développement.

1.1 Trafic, production et consommation de drogues en Afrique

1.1.1 La production et distribution

L'Afrique est décrite comme une plaque tournante de l'écoulement des drogues (surtout s'agissant du trafic de cocaïne et d'héroïne) et une zone de production du cannabis. La présence d'organisations criminelles ainsi que la forte urbanisation ont aussi contribué au développement d'un marché africain des drogues (WACD 2014). Selon le rapport mondial des drogues en 2020, l'urbanisation est un facteur d'expansion du marché des drogues, tant aujourd'hui qu'à l'avenir. L'usage de drogues est plus élevé en zones urbaines que dans les zones rurales, tant dans les pays développés que ceux en développement. L'exode rural important⁸ explique en partie l'augmentation globale de l'usage de drogues. L'urbanisation est un élément déterminant dans la dynamique du marché des drogues, en particulier dans les pays en développement où cette tendance est plus marquée (ONUDD 2020).

⁷ La médicalisation est le « processus par lequel les problèmes non médicaux sont définis et traités comme des problèmes médicaux ». Par exemple l'usage de drogues est passé d'une condition sociale à une maladie. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3223781/>

⁸ Plus de la moitié de la population mondiale vit aujourd'hui en zone urbaine, contre 34 % en 1960 (ONUDD 2020)

L'Afrique de l'Ouest est ouverte à l'Amérique de par sa situation géographique. Les aspects géopolitiques et économiques sont des éléments de contexte importants pour comprendre la problématique des drogues dans cette région. Chaque année, les saisies de drogues ne cessent d'augmenter en Afrique occidentale. Le Sénégal, constitue un carrefour des grandes voies internationales avec ses infrastructures (port, aéroport...). Les trafiquants ont fait de Dakar une plaque tournante de la distribution de drogues (Werner 1992).

En ce qui concerne la production et la distribution du cannabis, l'Afrique est le premier producteur mondial de cannabis. Il y a 30 ans, Césioni écrivait que le cannabis pousse naturellement dans les forêts africaines. Toutefois dans certains pays, il est cultivé par les populations rurales pour l'usage local et l'exportation. Le Nigeria, le Ghana et le Zaïre sont les principaux producteurs de cannabis en Afrique (Cesoni 1992). Le Sénégal et la Gambie détiennent le monopole des marchés régionaux. Au Sénégal, le cannabis est principalement cultivé dans les îles du Saloum⁹ et dans les îles karones¹⁰ à l'échelle de productions familiales. Le développement de la production de cannabis dans cette zone est lié au conflit armé¹¹. Dans un climat d'insécurité et de pauvreté, les populations ont préféré se rabattre sur la culture du chanvre indien au détriment de cultures traditionnelles dont il est plus difficile de tirer du profit (Diatta 2012). Selon Perras (2016) 27% de la production mondiale de cannabis provient de l'Afrique. Vers les années 2000, 20% du total mondial des saisies de cannabis avait lieu en Afrique. Ce fort taux de saisies, est lié à l'accroissement des contrôles de police et de douanes effectués par le Nigéria et l'Afrique du Sud (Perras 2016). Le rapport de l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS) en 2020 rappelle que le cannabis reste la drogue dont le trafic est le plus répandu en Afrique. Il est également acheminé vers l'Europe en passant par les pays de l'Ouest du Sahel (OICS 2020). Le rapport de l'ONUDC (2020) montre une baisse des saisies de feuilles de cannabis au niveau mondial. Cette diminution des quantités prises est liée aux politiques en vigueur dans certains pays d'Amérique du Nord visant à libéraliser les marchés de cannabis. En revanche, les arrestations liées au trafic de chanvre ont presque doublé en Afrique dans la même période (ONUDC 2020).

En ce qui concerne les drogues injectables (Cocaïne, héroïne), plusieurs saisies sont effectuées dans le continent depuis une vingtaine d'années. Selon Perras (2016) l'héroïne du sud asiatique

⁹ Espace géographique insulaire dans la région de Kaolack, zone centre du Sénégal

¹⁰ Partie insulaire à l'ouest de la commune de Kafountine en Casamance dans le Sud du Sénégal

¹¹ Rébellion armée en Casamance « de basse intensité » avec le Mouvement des Forces Démocratiques de la Casamance (MFDC), un groupe armé non étatique qui a duré près de 38 ans.

transite par l'Afrique depuis une trentaine d'années. En 1993, la première saisie de 300 kg d'héroïne a été effectuée au Nigéria. Depuis, l'Afrique de l'ouest est de plus en plus impliquée dans le trafic de drogues (Perras 2016). Le trafic de la cocaïne prends également de l'ampleur, en 2007, au plus fort des arrestations liées au trafic de drogues, la région était surnommée « côte de la cocaïne » (Isidore S 2016). Le transport intérieur facilite la circulation de nouvelles drogues et le développement de marchés locaux. Au Sénégal, en juin 2019, 238 Kg de cocaïne sont prises au port de Dakar. Quelques semaines après, en juillet 2019, près de 800 kg de cocaïne en provenance du Brésil cachée dans des véhicules neufs sur un bateau ont été saisies dans ce même port (*Le Monde.fr* 2019). Les données disponibles montrent que le rôle des femmes dans la production et le trafic de drogue diffère de celui des hommes. La transformation et les revenus sont diversement répartis entre hommes et femmes. Selon le rapport de l'ONUDC (2018), les femmes sont souvent chargées du transport des drogues. Leur participation à la chaîne d'approvisionnement est reliée à leur vulnérabilité et au patriarcat. Ainsi elles ont souvent des revenus inférieurs à ceux des hommes en ce qui concerne le trafic. Les femmes s'impliquent généralement dans la circulation des drogues pour soutenir leur propre consommation de drogue. Par ailleurs certaines femmes impliquées dans le trafic de drogue sont victimes de la traite des personnes, et même parfois à des fins d'exploitation sexuelle (ONUDC 2018).

À notre connaissance, en Afrique de l'ouest, il y a peu d'études qui examinent les rôles joués par les hommes et les femmes dans la production et le trafic de drogues. Par contre, en Afrique australe, de nombreuses femmes âgées et femmes au foyer de zones rurales s'engagent dans la culture du cannabis pour subvenir aux besoins de leurs familles, alors que leurs partenaires et les autres membres masculins de leur famille sont souvent absents car ils quittent les zones rurales pour les villes (Vereinte Nationen et Büro für Drogenkontrolle und Verbrechensbekämpfung 2018). En Afrique du Nord, un certain nombre de cas suggèrent que les femmes participent à la fabrication des drogues de synthèse et à la culture du cannabis. Le rapport mondial sur les drogues en 2018 montre que les femmes peuvent jouer à la fois le rôle de « cuisinières » et de « clientes ». Ces dernières achètent ou s'approvisionnent pour la fabrication. En Afrique occidentale, des femmes ont joué des rôles importants dans les réseaux de trafic de drogue. Certaines sont assimilées à des *mules*¹² impliquées dans l'achat, le stockage

¹² Passeuses de drogues. Le terme de « mule » est dérivé du premier sens, de la mule ou du mulet, celui de bête de transport, très prisée pendant des siècles par les contrebandiers qui passaient les frontières par des sentiers escarpés pour le passage de leurs marchandises. Dans le discours médiatique, il est apparu pour désigner deux phénomènes

et le transport de drogues d'un endroit à un autre. En 1993, l'ambassadrice du Burkina Faso au Ghana était un membre clé d'un gang de trafiquants de drogues. Elle aurait facilité le transport de drogue en délivrant des passeports diplomatiques et en fournissant des véhicules (Vereinte Nationen et Büro für Drogenkontrolle und Verbrechensbekämpfung 2018).

Au Sénégal, il y a 30 ans, Werner écrivait que l'approvisionnement des usagers est assuré par des petits revendeurs qui distribuent le produit même dans les quartiers les plus reculés. Les femmes ne sont qu'exceptionnellement présentes au niveau de la distribution, sauf lorsqu'il s'agit de remplacer un mari ou un frère momentanément absent (Werner 1991a). Selon le rapport du Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) et l'Association des juristes sénégalaises (AJS) en 2015, le trafic de drogue est la première cause d'incarcération des femmes au Sénégal (31%) sur le nombre de femmes interrogées. Ce rapport a révélé que 42% des femmes détenues pour trafic et détention de drogues sont d'origine étrangère, et qu'elles ont en général été interpellées durant le transport de produits stupéfiants. Certaines ont indiqué avoir été impliquées par leur conjoint et d'autres affirment n'avoir pas été informées du contenu du colis transporté.

: celui de la contrebande dans le commerce transfrontalier et celui des trafics de drogues. son usage a été plus directement associé aux trafics de drogues (notamment de cocaïne et d'héroïne) faisant directement référence à la figure du « passeur » de substances illicites (Barreau 2016)

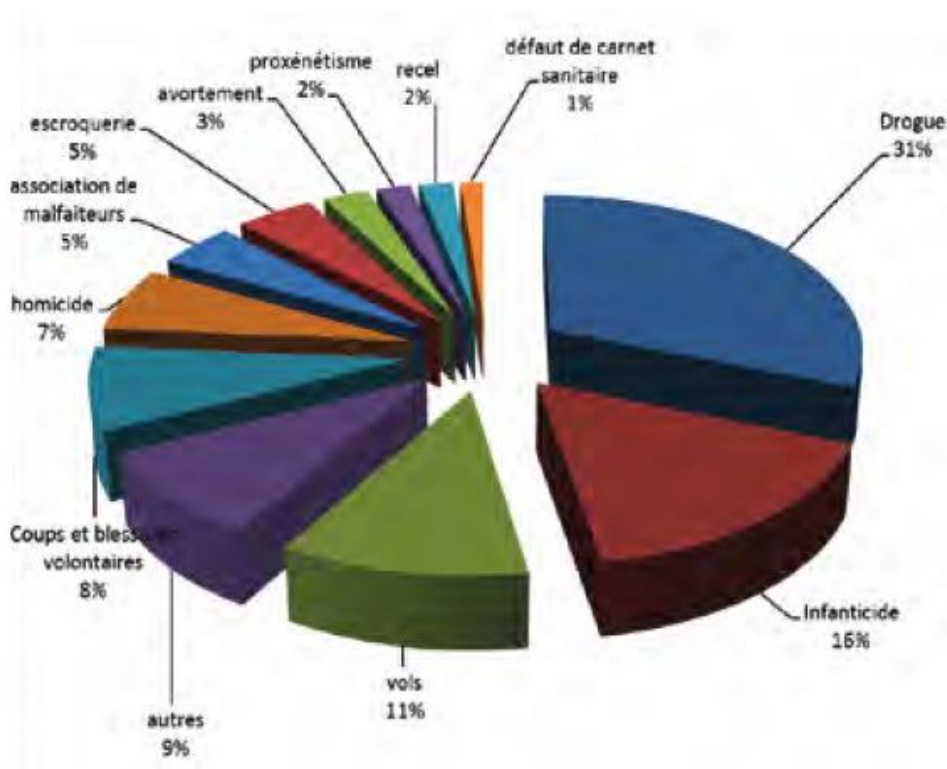


Figure 1: Répartition des femmes détenues au Sénégal par type d'infraction (HCDH et AIS 2015a)

1.1.2 La consommation

L'histoire de la consommation de substances psychoactives en Afrique est relativement récente, à l'exception de l'utilisation de substances traditionnelles telles que l'alcool, le cannabis et le khat. L'introduction de médicaments opioïdes sur ordonnance en Afrique a considérablement augmenté la disponibilité et l'utilisation des substances psychoactives. Malgré cela, l'alcool, le cannabis et le khat restent les substances les plus couramment consommées en Afrique. Il y a une vingtaine d'années, le trafic d'héroïne et de cocaïne a rendu les stupéfiants facilement disponibles dans toute l'Afrique malgré les mesures de contrôle légales existantes (Odejide 2006). Déjà il y a 10 ans, Raguin et al (2011) écrivaient que la consommation de cocaïne a été documentée au Burkina Faso, au Ghana, au Nigéria, au Sénégal, en Sierra Leone, au Togo, en Guinée et en Côte d'Ivoire, tandis que celle d'héroïne a été documentée au Kenya, à Maurice, au Mozambique, en Tanzanie et en Afrique du Sud (Raguin et al. 2011).

Selon Werner (1993), la consommation de drogues injectables (héroïne et cocaïne) s'est diffusée dans la banlieue dakaroise à partir des années 1990 (Werner 1993). Au Sénégal, les substances les plus consommées sont le cannabis, les pions (médicaments psychotropes détournés), les inhalants, ces derniers étant plus utilisés par les enfants et les jeunes de la rue. Les phénomènes de poly-consommations sont répandus, et plus particulièrement l'association

du cannabis et de l'alcool (Raguin et al. 2011). En 2011, l'enquête UDSSEN¹³ estimait la présence de consommateurs de drogues injectables dans la région de Dakar à environ 1300. L'héroïne est le produit principalement utilisé pour 80% des CDI enquêtés. Il y a relativement plus de femmes qui consomment de la cocaïne/crack (27,5%) en produit principal que d'hommes (19%) (Leprêtre et al. 2015). Une étude menée auprès du groupe *Maniwel*¹⁴ dans la région de Kaolack montre que les produits consommés par cette entité sont : le vin rouge, le cannabis localement appelé *Yàmbaa* et l'acide cellulosique utilisé dans la menuiserie. Ce groupe composé à majorité de chauffeurs, considère que la consommation de drogues leur permet d'être efficaces et performant dans leur travail en conduisant vite et bien (Ciss et Toure 2015).

Par ailleurs, l'abus des médicaments opioïdes comme le tramadol¹⁵ est souvent sous investigué quand on évoque la question de l'usage de drogues en Afrique. Les opioïdes peuvent être consommés dans le cadre d'un traitement contre la douleur. Cependant, lorsqu'ils sont utilisés de manière abusive, à des fins non médicales et ou en combinaison avec d'autres drogues ou de l'alcool, ils peuvent présenter divers risques pour la santé. Ces dernières années, l'usage d'opioïdes a augmenté en Afrique. Cette consommation croissante touche les travailleurs, les agriculteurs, les jeunes et d'autres, tant en milieu rural qu'en milieu urbain. On estime que 87% des saisies illicites d'opioïdes pharmaceutiques dans le monde se font en Afrique. Cette disponibilité a créé des opportunités de ventes locales et, par conséquent, un marché en plein essor en Afrique subsaharienne (Kurth et al. 2018). En décembre 2017, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) a publié une déclaration sonnant l'alarme sur le trafic et la consommation de tramadol (ONUDC 2017). Cette déclaration de Dakar, met en garde la communauté internationale sur les conséquences de l'usage non médical de ce produit sur les économies et la sécurité de l'Afrique de l'Ouest, notamment dans la région du Sahel, et du

¹³ ANRS 12243/Enquête de prévalence et de pratiques à risques d'infection A VIH, VHB, et VHC chez les usagers de drogues dans la région de Dakar (Sénégal).

¹⁴ L'expression *maniwel* résulte d'une déformation du terme « manivelle », couplé avec le substantif « groupe », ils ont donné naissance à une expression, le groupe *maniwel*, très populaire au Sénégal, en particulier dans la région naturelle du Sine Saloum. Le groupe réunit différents acteurs des transports en commun : chauffeurs, apprentis et rabatteurs communément appelés *coxeurs*. Le « groupe *maniwel* », est une entité sociologique que fédèrent l'automobile, la route, la gare routière et l'économie de traite dans un contexte particulier de mobilité des hommes et des biens. (Ciss et Toure 2015)

¹⁵ analgésique à action centrale utilisé pour traiter à la fois la douleur aiguë et chronique d'intensité modérée à (modérément) sévère»

Moyen-Orient, ainsi que ses liens avec la lutte mondiale contre le terrorisme et la criminalité transnationale organisée. Elle alerte sur l'augmentation de la consommation et du trafic de tramadol dans la région.

Les données disponibles sur la consommation de drogues en Afrique mettent en évidence la production illicite et l'étendue du trafic de drogue, la consommation et la fabrication de drogues de synthèse. Cependant, les données sur la diversité des produits consommés et les pratiques de consommation sont rares. En Afrique de l'Ouest, le cannabis est plus consommé que la cocaïne, l'héroïne et les autres opiacés. Cependant les usagers de ces drogues injectables constituent un groupe vulnérable face à l'infection au VIH (Leprêtre et al. 2015). De nombreux consommateurs de drogues injectables partagent des aiguilles et des seringues ainsi que des rapports sexuels non protégés et ont été identifiés comme une population clé de la propagation du VIH à la population générale (Leprêtre et al. 2015).

1.2 Les réponses répressives

1.2.1 Les législations en matière de drogues

La politique dominante en matière de drogues en Afrique est basée sur la prohibition. Elle s'inspire de trois conventions internationales relatives au contrôle de drogues adoptées par l'ONU : la convention unique sur les stupéfiants de 1961, la convention sur les substances psychotropes de 1971 et la convention contre le trafic des stupéfiants et des substances psychotropes de 1988 (« Les Conventions Internationales Relatives au Contrôle Des Drogues », s. d.). Ces conventions visent à limiter l'utilisation des stupéfiants et psychotropes uniquement à des fins médicales et scientifiques et empêchent un usage récréatif et non autorisé en sanctionnant le trafic illicite. La mise en œuvre et le suivi de ces dispositions sont à la charge de trois institutions : l'organe international des stupéfiants (OICS), la commission des stupéfiants et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) qui est l'organe du secrétariat pour l'ONU (« Les Conventions Internationales Relatives au Contrôle Des Drogues », s. d.). Les politiques en matière de drogues ne sont pas uniformisées dans la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CDEAO). Les 17 pays de la région sont signataires de ces conventions internationales. Dans la plupart des pays, les peines pour ce qui concerne l'usage ou la possession de drogues peuvent aller de 1 mois à 10 ans de prison. Les sanctions à propos de la production et de l'approvisionnement sont plus sévères et varient entre 2 à 30 ans de prison (Bridge et Loglo 2017).

Le Sénégal a toujours opté pour une réponse pénale répressive en matière de drogues depuis les années 60. Avant 1972, le Sénégal ne disposait que de textes disparates dans le cadre de la protection des mœurs inspirées de la législation coloniale datant du décret du 26-07-1926. La loi n°63-16 du 5 février 1963 pourtant sur la répression de la culture la détention le commerce et l'usage de chanvre indien. En 1972, le Sénégal se dote d'une législation relative à la lutte contre le trafic, la culture et l'usage de stupéfiants, qui lui donne la possibilité de s'insérer dans le réseau international de lutte contre la drogue. L'article 2 de la loi de 1972 notifiât la répression des infractions en matière de stupéfiants en précisant que : « sont interdits la culture, la production, la fabrication, l'extraction, la préparation la détention l'offre, la mise en vente, la livraison à quelque titre que ce soit, le courtage, l'envoi, l'expédition en transit, le transport, l'importation et l'exportation de stupéfiants, et d'une manière générale, toutes opérations agricoles, industrielles ou commerciales relatives à ces stupéfiants » (décret n° 72-686 du 10 juin 1972).

Le Code des drogues est adopté le 1^{er} Décembre 1997. Ce texte prend en compte les conventions des Nations Unies en matière de stupéfiants. Il examine toutes les catégories de drogues et réprime l'usage, la production, la fabrication et le trafic de drogue. Cette loi n°97-18 contient aussi de nombreuses dispositions destinées à faciliter l'enquête, la perquisition et la visite domiciliaire de jour comme de nuit, contrôles des service postaux, écoutes téléphoniques, accès au système informatique, surveillance des comptes bancaires (97-12-1 Code des Drogues s. d.).

Cette loi a été modifiée le 27 décembre 2007 pour introduire des sanctions plus sévères envers la culture, l'usage, la possession et la distribution des produits stupéfiants¹⁶. (HCDH et AJS 2015a). L'article 100 de la loi dite « Latif Gueye » stipule en ces termes : « Seront punis de travaux forcés à temps de 10 à 20 ans et d'une amende égale au triple de la valeur des drogues saisies, ceux qui contreviennent aux dispositions législatives et réglementaires du présent Code relatives à la culture, la production, la transformation, l'importation, l'exportation, l'offre, la mise en vente, la distribution, le courtage, la livraison à quelque titre que ce soit, l'envoi, l'expédition, le transport, l'achat, la détention ou l'emploi d'une drogue à risque (...). En cas d'offre ou de cession de drogue à une personne, en vue de sa consommation personnelle,

¹⁶ En 2007, l'Assemblée nationale a voté une proposition de loi n 26/2007 modifiant les articles 95 à 103 du code des drogues. Ce texte porte le nom de celui qui en fait la proposition "La loi Abdou Latif Guèye", un député de la majorité. Criminalisant le trafic de drogue, elle portait de 10 à 20 ans la peine de prison requise contre les trafiquants. Latif Guèye, décédé le 6 avril 2008, était le leader de Jamra, une ONG sénégalaise pro-islamique

l'emprisonnement est de 6 mois à 2 ans et l'amende de 100.000 à 1.000.000 de francs CFA. » (Loi-Latif-Gueye-N°-200731 s. d.). Dans les textes, les dispositions légales n'appréhendent pas de la même manière l'usage simple et le trafic, les peines pour le trafic étant plus sévères comme partout dans le monde. Par ailleurs les textes ne sont pas toujours précis. Par exemple, des données empiriques relevées au Sénégal montre que souvent les usagers de drogues sont interpellés pour deux faits: « *détention et usage de drogues* » ou « *détention et trafic de stupéfiants* ». Or la définition de la détention dans les conventions nationales et internationales manque de clarté. La détention étant considérée comme un délit dans le code des drogues, la répression reste cantonnée sur l'emprisonnement des usagers de drogues. Pour réfléchir autour des politiques des drogues en vigueur en Afrique francophone, un cours Ouest-africain sur les Drogues et les Droits Humains¹⁷ est organisé chaque année depuis 2017 par le Pr Mbissane Ngom à l'Université Gaston Berger (UGB). Selon lui : « la consommation de la drogue au Sénégal est considérée comme une déviance. Cette déviance est assimilée à une infraction. Par conséquent, la politique des drogues est centrée autour de la répression pénale avec comme acteurs principaux: le système pénal étatique avec la justice, la police, la prison »(Ngom 2018)

Selon Bridge et Loglo (2017), dans certains pays africains, il existe des lois connexes au contrôle des drogues. Parmi ces législations, on peut citer les dispositions relatives au blanchiment d'argent, au crime organisé, aux produits pharmaceutiques... Par ailleurs, des efforts ont été fournis par les gouvernements ouest-africains pour une révision des lois en lien avec les drogues. Au Sénégal, la Loi 2007-31 a revu quelques dispositions du code des drogues en modifiant les articles 95 et 103 du Code des drogues relatifs aux incriminations pour un durcissement de la peine requise contre les trafiquants. La Gambie a opté pour une réduction des peines de prison pour possession de drogue, en révisant la loi sur le contrôle des drogues en 2014. Le Burkina Faso a amélioré la loi de 1999 en 2014, pour une approche plus basée sur la santé publique. Le Mali a promulgué le Décret No. 2013-012 pour mieux coordonner les réponses sociales par rapport aux drogues (Bridge et Loglo 2017)

¹⁷ Le cours africain sur « Les droits humains et les politiques de lutte contre la drogue en Afrique francophone » est organisé par le professeur Mbissane Ngom, titulaire des universités. Plusieurs représentants (chercheurs, acteurs de la santé et de la répression) des pays d'Afrique francophone (Sénégal, Mauritanie, Bénin, Togo, Côte d'Ivoire, Mali...) participent à cet atelier. Cette formation est proposée dans le cadre d'une collaboration avec Open Society Initiative for West Africa (OSIWA) et l'UFR des Sciences Juridiques et Politiques (UFR SJP) de l'Université Gaston Berger (UGB). <https://www.ugb.sn/actualites/997-l-ugb-a-organise-la-3eme-edition-du-cours-sur-les-droits-humains-et-les-politiques-de-droque-en-afrique-de-l-ouest-francophone.html>

1.2.2 Les alternatives à l’incarcération :

Par ailleurs, dans certains pays de l’Afrique de l’ouest, des alternatives à l’incarcération sont proposées mais posent des problèmes de mise en œuvre sur le terrain. Au Burkina Faso, au Cap Vert et au Sénégal, les mineurs et les personnes ayant commis leur première infraction peuvent être exemptés d’une peine s’ils font une « déclaration solennelle » dans laquelle ils s’engagent à ne plus consommer de drogue (97-12-1 Code des Drogues s. d.). Au Sénégal, par exemple, la loi Latif Gueye prescrit une peine de prison de 2 mois à 2 ans, mais en pratique, les personnes ayant commis leur première infraction sont envoyées en prison pour moins d’un mois, ou reçoivent un avertissement de ne pas commettre de nouveau délit. Au Liberia, au Niger et au Sénégal, la cour peut demander à l’individu de suivre un traitement, une éducation, une posture ou un programme de réhabilitation pour certaines infractions. Cependant, au Sénégal et au Niger, l’incapacité d’adhérer au traitement entraîne une peine maximale de 5 ans d’emprisonnement et une amende (Bridge et Loglo 2017)

D’après un document mis en ligne par la commission ouest –africaine des drogues¹⁸ (WACD), la plupart des pays de la CEDEAO mènent une politique axée sur une réduction de la demande et de l’offre de drogues. Cette stratégie inclut la prévention et le traitement. Cependant, les interventions ont été pendant longtemps centrées sur la réduction de l’offre avec les saisies et les arrestations comme argument de bons résultats, tandis que les initiatives en faveur de la réduction de la demande se limitaient uniquement à des campagnes de sensibilisation à travers des semaines de lutte contre la drogue. Ce document montre que c’est dans ce sens que les alternatives à l’incarcération ont été proposées comme élément de la réduction de la demande. La plupart du temps, les mineurs ont accès à une dispense de peine par le biais de l’excuse de minorité, ou on adjoint l’usager de drogues à aller se faire soigner dans un centre de traitement plutôt que de le mettre en prison (Asare et Obot 2013). Par ailleurs, en Afrique de l’ouest, les personnes en détention préventive liée à l’usage de drogues, sont relativement nombreuses. Ceci est dû au fait que très peu d’entre elles ne parviennent pas à s’acquitter de leur caution pour une libération immédiate ou sont jugées rapidement par un tribunal compétent. Dans certains cas, le consommateur de drogues peut être en manque pendant la détention et ne pas

¹⁸ Convoquée par Kofi Annan, la Commission de l’Afrique de l’Ouest des drogues (WACD) comprend un groupe d’éminents ouest-africains issus du monde de la politique, de la société civile, de la santé, de la sécurité et de la justice. La Commission, présidée par l’ancien Président Olusegun Obasanjo du Nigéria, est un organe indépendant. Les travaux de la Commission tournent autour discussions politiques et du suivi du trafic de drogue et son impact sur la gouvernance en Afrique de l’Ouest, du trafic de drogue et menaces à la sécurité nationale en Afrique de l’Ouest, de la prévention et traitement des usagers de drogues en Afrique de l’Ouest <https://www.globalcommissionondrugs.org/wacd>

avoir accès à un traitement spécialisé. C'est pourquoi l'obligation des soins dont le terme spécialisé est « injonction thérapeutique » apparaît comme une alternative à l'incarcération qui permet un accès à un traitement de la dépendance et contribue par la même occasion à la diminution de la population carcérale(Asare et Obot 2013).

Au Sénégal, le Décret n° 97-1219 du 17 décembre 1997 relatif aux mesures de traitement des toxicomanes définit l'injonction thérapeutique comme : «un contrat judiciaire entre le magistrat et le toxicomane. Selon ce contrat, si ce dernier accepte de se soumettre à une cure de désintoxication, il sera dispensé de l'emprisonnement. Dans le cas contraire ou s'il arrivait à s'y soustraire, la détention pourrait intervenir. ». Ce décret de 1997 notifie que cette alternative est introduite au Sénégal par la loi n° 75-81 du 9 juillet 1975 et celui d'application n° 75-815 du 21 juillet 1975. Cependant dans la pratique, cette disposition est très peu appliquée du fait de la difficulté à apprécier le statut de l'usager : « Toutefois, en raison de divergences d'approche entre les magistrats et les médecins, quant à la situation du toxicomane (délinquant ou malade), ces textes ne seront pratiquement pas appliqués »(Décret n° 97-1219 s. d.)

1.2.3 Les institutions impliquées dans la réponse répressive

Ces institutions comprennent des organes de coordination et des services de sécurité, en plus des services de justice. Au Sénégal, sur le plan institutionnel, plusieurs structures ont été mise en place pour veiller à l'application des politiques anti-drogues. Le comité interministériel de lutte contre les drogues (CILD) créé en 1997, dépend du ministère de l'intérieur. Il a pour vocation d'organiser la lutte contre l'abus et le trafic de drogues. 18 ministères et 6 organisations de la société civile en sont membres. L'Office central de trafic et de répression illicite (OCTRIS) est un organe de coordination des actions menées par les différents services de lutte contre les drogues. Il est rattaché à la direction générale de la police nationale. La cellule nationale de traitement des informations financières (CNTIF) est une composante du ministère chargé de l'économie et des finances. Elle a pour mission de coordonner les actions de renseignements et de veille par rapport aux indices de blanchiment d'argent notamment lié au trafic de drogues (CILD 2016a)

Les forces de l'ordre à savoir la gendarmerie, la police et les services des douanes, sont habilités à établir et à enregistrer les infractions en ce qui concerne les drogues. Pour mieux cibler les interventions, des services mixtes ont été mise en place. Il s'agit de l'unité mixte de contrôle de conteneur et de navire (UMCC) qui est logée au port de Dakar et de la cellule Aéroportuaire Anti-Trafic (CAAT). Ces structures ont été créées dans le cadre d'une collaboration

internationale avec l'organisation mondiale des douanes (OMD), l'ONUDC et OIPC-INTERPOL (CILD 2016a).

1.3 Une réponse basée sur la santé et les droits humains : la Réduction des risques

1.3.1 Le changement de paradigme pour la réduction des risques

Après des décennies de « guerre contre la drogue », on constate au niveau mondial que ces politiques ont conduit à des conséquences sociales et sanitaires désastreuses pour les consommateurs de drogues (Catherine Ritter et Savary 2013). D'après le rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues en 2012 (GCDP 2012), les politiques répressives augmentent la transmission du VIH chez les usagers de drogues. L'incarcération des personnes qui utilisent les drogues limite leur accès aux soins et les maintient dans des milieux marginaux où elles peuvent avoir des pratiques (partage de matériel d'injection, rapports sexuels non protégés...etc.) qui les exposent davantage au VIH (GCDP 2012). Catherine Ritter et Savary (2013) rapporte que malgré les critiques, le système international n'a pas toujours été ouvert au débat et persiste dans cette démarche prohibitionniste. À l'heure actuelle, les taux élevés de VIH et de VHC ont alerté sur la nécessité de changer d'approche en ce qui concerne le traitement des usagers. Face à cette urgence de santé publique, certains pays d'Afrique ont adopté une politique de Réduction des risques. Des réformes sont en train de s'opérer et visent à promouvoir une approche basée sur la santé et amoindrir la stigmatisation et la marginalisation des usagers de drogues. La médicalisation permet à l'utilisateur de devenir un « malade », qu'il convient de soigner pour lui permettre de modifier ses habitudes « déviantes », symptômes d'un état de déficience qu'il y a lieu de rétablir. (Catherine Ritter et Savary 2013).

La réduction des méfaits, dénommée en France « réduction des risques » est « un ensemble de politiques et programmes qui se focalisent sur les conséquences négatives de la consommation de drogues, sans pour autant en réduire l'usage » (IDPC 2016). D'après un document mise en ligne par le Consortium international des politiques de drogues¹⁹ (IDPC), le paquet de RDR comporte entre autres : les programmes de distribution de seringues stériles pour réduire le risque de VIH et d'hépatites; des salles d'injections supervisées, la dispensation des traitements

¹⁹ L'International Drug Policy Consortium (IDPC) est un réseau mondial de 192 ONG qui se concentrent sur les questions liées à la production, au trafic et à la consommation de drogues. L'IDPC encourage un débat objectif et ouvert sur l'efficacité, l'orientation et le contenu des politiques en matière de drogues au niveau national et international, et soutient les politiques fondées sur des données probantes qui permettent de réduire efficacement les dommages liés aux drogues. Le réseau produit des documents d'information et de plaidoyer, des ressources clés sur la politique en matière de drogues. <https://idpc.net/>

de substitution aux opiacés tels que la méthadone et la buprénorphine pour stabiliser et améliorer la vie des usagers de drogues, la distribution de la naloxone qui traite les effets d'une overdose, les services mobiles pour les usagers de drogues...etc. Ces stratégies sont largement soutenues par l'Union Africaine (IDPC 2016). Au niveau mondial, la RDR est aujourd'hui considérée comme essentielle dans les interventions consacrées à la prise en charge des addictions (Valleur et Wellenstein 2017). Son intégration pour un changement de politique en matière de drogues est décrite dans le monde entier comme bénéfique pour un retour à la santé et à la vie sociale des personnes utilisatrices de drogues. Plusieurs études à travers le monde démontrent l'efficacité de la RDR pour lutter contre la transmission des comorbidités infectieuses (VIH, hépatites) chez les consommateurs de drogues. Le traitement de substitution aux opiacés (TSO) aide à contrôler les épidémies de VIH (Rhodes et al. 2015).

1.3.2 La disponibilité des programmes de réduction des risques

L'île Maurice est le premier pays africain qui a mis en place un programme d'échange de seringues (PES) en 2006 et la Tanzanie est le premier pays africain à mettre en œuvre le traitement de substitution (TSO) par méthadone²⁰ comme élément de prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables (CDI). D'après le rapport 2018 de Harm Réduction International, seulement sept pays d'Afrique subsaharienne avaient des services de TSO disponibles gratuitement pour les usagers de drogues injectables. Après le Sénégal en 2014, Zanzibar a ouvert un programme méthadone en 2015 et la Côte d'Ivoire en août 2017. La majorité des pays de la région n'ont pas encore introduit les programmes de Réduction des risques (HRI 2018). En Afrique de l'ouest, selon une série de documents mise en ligne par la Commission ouest-africaine des drogues (WACD 2016a; 2016b; 2018a), la mise en œuvre des politiques RdR est assez limitée dans les pays de la CEDEAO. Dans la région, il y a peu de services de santé dédiés à la prise en charge des consommateurs de drogues.(Asare et Obot 2013).

Au Sénégal, le Fonds Mondial a soutient les acteurs politiques de la riposte du VIH pour permettre l'implémentation des stratégies de réduction des risques. Le Conseil national de lutte contre le sida (CNLS) et le Centre régional de recherche et de formation à la prise en charge de Fann (CRCF), en collaboration avec des partenaires du Nord et d'Afrique (Esther, l'ANRS,

²⁰ La méthadone est promue à l'échelle mondiale comme un médicament essentiel dans le cadre des interventions basées sur des preuves pour traiter l'addiction à l'héroïne et réduire les risques d'infection par le VIH et les virus des hépatites. Elle a été utilisée à partir de 1960, et surtout des années 1980, comme traitement de substitution aux opiacés (TSO) chez les consommateurs d'héroïne (Diop, Desclaux, et Groupe d'étude CODISEN 2018)

l'association Hasnouna à Tanger, l'association PROSES, Montreuil) ont rendu possible et accompagné la mise en place du centre de prise en charge intégrée des addictions (CEPIAD), modèle pilote de prise en charge des consommateurs en Afrique de l'Ouest (Ba, Leprêtre, et Maynard 2015; Sayag 2016). Ce centre est le premier service de soins moderne pour les addictions incluant la méthadone et un programme d'échange de seringues pour les consommateurs de drogues en Afrique de l'ouest. (Lassmann 2015a). Magen (2019) rapporte que la RDR en Afrique est soutenue par les financements venant du Nord « rappelant une longue tradition de domination économique ». Cela pose le débat autour de l'adaptation des activités de réduction des risques « importés » dans le contexte social et culturel africain. Par ailleurs, les communautés s'impliquent également dans la promotion des politiques de Réduction des risques. Le Réseau Afrique francophone autosupport des usagers de drogues (Rafasud) a été créé en 2017 en Côte d'Ivoire. Il est composé de 9 associations identitaires. Sa mise en place a été impulsée par ASUD, l'association d'usagers de drogues en France en partenariat avec INPUD, le réseau international des usagers de drogues. Le Rafasud bénéficie du soutien financier de Open Society Foundation (OSF) et Open Society Initiative in West Africa (OSIWA) (Olivet et Letellier 2019).

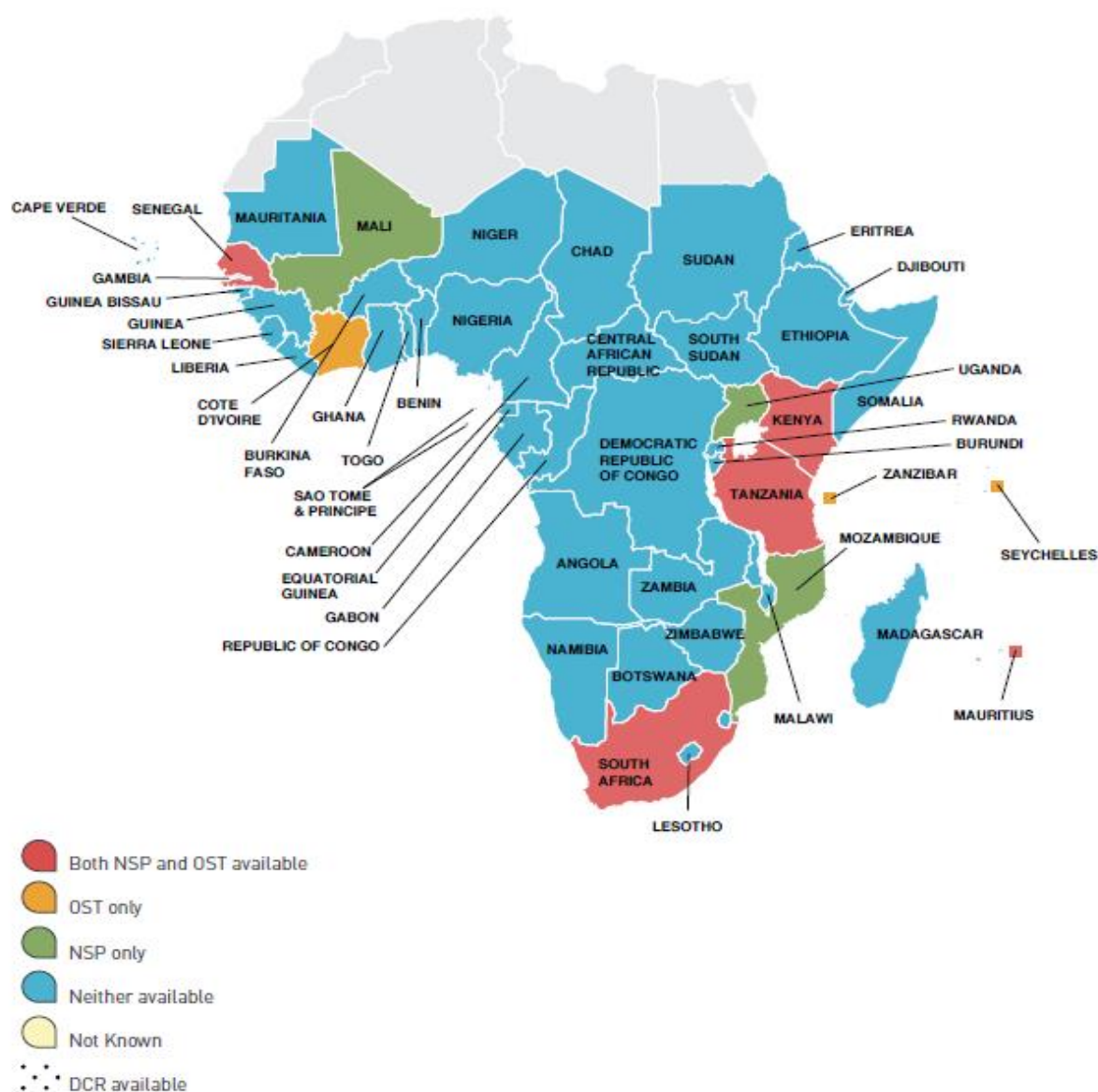


Figure 2: Disponibilité des services de réduction des risques en Afrique subsaharienne (HRI 2018)

Le rapport 2018 de Harm Réduction International (HRI) montre certains progrès en Afrique subsaharienne, concernant les politiques et services de RdR. Les stratégies de RdR sont inscrites dans les documents de politique nationale dans 10 pays. Des programmes d'échange de seringues (PES) ont été mis en place entre 2016 et 2018 en Ouganda, au Mali et au Mozambique. Le nombre de pays disposant d'une offre de traitement de substitution aux opioïdes (TSO) a augmenté avec Zanzibar depuis 2015, et un nouveau service de TSO à Abidjan en Côte d'Ivoire depuis Aout 2018 (HRI 2018). Ce rapport mondial sur la réduction des risques montre également que les pays de la région ont fait des efforts de plaidoyer considérables pour un environnement favorable à la mise en œuvre des programmes établis. Au Sénégal, la mise en œuvre des interventions est négociée. Plusieurs plaidoyers sont en cours et impliquent divers acteurs, institutions et investissements. Par exemple, entre novembre 2016 et fin 2020, une

organisation de la société civile au Sénégal, l'Alliance Nationale des Communautés pour la Santé (ANCS) a été le principal bénéficiaire d'un programme de subventions régionales du Fonds mondial. L'ANCS a développé le programme régional de réduction des risques et autres comorbidités et promotion des droits humains (PARECO) auprès des UD. Son but était de produire des informations sur les consommateurs de drogues et de réduire la vulnérabilité au VIH, à la tuberculose et autres comorbidités (hépatites B et C en particulier) parmi les consommateurs de drogues injectables de 5 pays d'Afrique de l'Ouest : le Burkina Faso, le Sénégal, la Côte d'Ivoire, la Guinée-Bissau et le Cap-Vert. Le projet a permis l'amélioration de l'accès aux services de réduction des risques et la promotion des droits humains de ces groupes (HRI 2018).

Des études explorent et évaluent la traduction de ces politiques et interventions bien établies dans de nouveaux contextes et décrivent également la manière dont ces derniers sont élaborés localement et toutes les dynamiques sociales autour de la consommation de drogues. (Ndione 2017; Ndione et Desclaux 2018; Faye, Desclaux, Alice, et Codisen, Study Group 2018; Faye, Desclaux, et Groupe d'étude CODISEN 2019; Diop, Desclaux, et Groupe d'étude CODISEN 2018) Des ajustements politiques et médicaux ont été réalisés pour rendre possible la dispensation de la méthadone et les autres activités de RdR. Malgré cette volonté politique, certains problèmes subsistent. Les arrestations et les emprisonnements d'usagers de drogues en traitement posent le problème de la distribution de méthadone en prison. (Ndione et Desclaux 2018).

Pour guider les décideurs politiques afin qu'ils fassent évoluer la législation sur les politiques des drogues dans leurs pays, une loi type sur les drogues pour l'Afrique de l'ouest a été présentée le 11 septembre 2018 à Dakar. Elle a été rédigée par la Commission ouest africaine contre les drogues composée d'acteurs d'Afrique occidentale regroupés autour de Koffi Annan. Cette loi type sur les drogues encourage une approche fondée sur les droits humains englobant les stratégies de RdR. Elle propose une application de l'injonction thérapeutique²¹ comme alternative à la répression et à l'emprisonnement afin de lutter contre la vulnérabilité des UD

²¹ Une mesure ordonnée à l'encontre d'un condamné pour crime ou délit, en cas d'infraction à la loi sur les stupéfiants. Elle est prononcée par un magistrat, après expertise médicale, et avec l'accord du condamné. Il se soumet alors à des soins médicaux et est suivi par un médecin. Le recours à l'injonction thérapeutique ne peut avoir lieu sans une procédure préalable. Elle correspond à une obligation de soin contre une remise de peine. Cette mesure transforme le magistrat en prescripteur médical et le médecin en exécuter d'une sentence.

face aux nouvelles infections à VIH. Elle lance également un appel spécifique pour la protection des acteurs de santé concernant la prescription des antidouleurs (WACD 2018b).

La criminalisation de la consommation de drogues affecte directement ou indirectement la santé des femmes qui utilisent les drogues. Par exemple, en Occident, certaines législations font que les femmes consommatrices sont déchues de leurs droits parentaux. En Afrique, cette question est moins documentée, cependant des observations empiriques montrent que la peur de perdre la garde des enfants empêche l'accès aux soins. Par ailleurs les femmes qui consomment des drogues injectables et qui sont aussi des professionnelles du sexe sont davantage stigmatisées en raison de l'impact négatif supplémentaire de la criminalisation de leur travail. (ONUDC 2014). Au Sénégal, la prostitution est un délit passible d'emprisonnement dès lors qu'une travailleuse du sexe n'est pas détentricrice d'un carnet de santé ou n'est pas enregistrée au registre administratif en application de la loi 66-21 du 1^{er} février 1996 relative à la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et la prostitution. La réglementation est exclusivement tournée vers les mesures sanitaires pour protéger les populations contre les effets épidémiologiques de la prostitution. Ce texte établit des contraintes pour les prostituées :

1. Toute personne qui se livre publiquement à la prostitution doit se faire inscrire au fichier sanitaire et social. Si une personne non inscrite au fichier est raflé par la brigade pour racolage, elle y sera inscrite obligatoirement.
2. Les visites sanitaires sont obligatoires. Elles ont été instituées en vue de dépister les IST, la TS doit s'y soumettre sous peines de sanctions pénales.
3. Le carnet sanitaire indique la date des examens périodiques et leurs résultats.

La mise en œuvre de cette mesure contribue à incriminer exclusivement les femmes (HCDH et AJS 2015a; Ito, Lépine, et Treibich 2018). Ceci montre la nécessité d'analyser l'impact des facteurs tels que la prostitution, le passage en prison dans la trajectoire des usagères de drogues.

1.3.3 Les acteurs impliquées dans la Réduction des risques au Sénégal

Ces acteurs sont en premier lieu les intervenants de la *santé et les acteurs communautaires. Concernant les acteurs sanitaires*. Pendant longtemps, les services de psychiatrie de l'hôpital Fann et de Thiaroye ont assuré la prise en charge des consommateurs de drogues. La plupart de ces services sont décentralisés dans les régions de Thiès, Saint Louis, Tambacounda, Fatick et Ziguinchor qui continuent encore à se charger du traitement des consommateurs de substances psychoactives. Le CEPIAD est la première structure d'addictologie avec une vision de réduction des risques au Sénégal (CILD 2016). Son objectif global est d'offrir une prise en

charge addictologique, somatique et psychiatrique des dépendances, un traitement de substitution aux opiacés par méthadone, le conseil, le dépistage et le traitement des comorbidités (VIH, hépatites) et des activités d'autonomisation (Idrissa Ba, Leprêtre, et Maynard 2015). Dans une optique de décentralisation, le modèle du CEPIAD a été dupliqué à Mbour avec la mise en place d'une unité de prise en charge des addictions (UPAM) depuis 2018. Une autre unité a été mise en place à Thiaroye en 2020.

Concernant les acteurs communautaires, l'ONG Jamra et le CSID Jacques Chirac dans la banlieue de Dakar ont une longue expérience en ce qui concerne la sensibilisation sur l'usage de drogues. Des causeries et d'autres activités de masse sont déployées auprès des communautés notamment sur les effets du cannabis. Par ailleurs, l'ANCS a soutenu la création de groupe d'auto-support d'usagers de drogues. Dans le contexte de l'étude UDSN, l'Association sénégalaise pour la réduction des risques infectieux chez les groupes vulnérables (ASRDR) a été créée à Dakar en 2011 par un groupe composé de travailleurs sociaux, de médecins-psychiatres-addictologues, et d'animateurs de terrain. Elle déroule des activités de prévention, de sensibilisation et d'aide à la réinsertion sociale des usagers de drogues. Les membres de l'association ont été également impliqués dans les activités de terrain lors de l'enquête UDSN.(Ndione 2018; CILD 2016). Nos données empiriques montrent que depuis l'implantation du CEPIAD, d'autres associations et groupes d'auto-support sont en train de se formaliser et sont soutenues par l'ANCS et OSIWA. Ceci montre la nécessité d'analyser globalement la réponse et d'examiner la prise en compte du genre dans les activités proposées.

1.4 Le facteur genre dans la réponse aux besoins de santé des usagers de drogues

1.4.1 Le contexte de vulnérabilité des femmes

La plupart des vulnérabilités dont souffrent les femmes consommatrices de drogues sont une combinaison de celles que vivent les femmes en général. La vulnérabilité des femmes africaines par rapport au VIH est reconnue et documentée. Les travaux de recherche réalisés en Afrique de l'Ouest (Desclaux, Msellati, et Sow 2011), indiquent que les femmes redoutent plus que les hommes d'être maltraitées par les soignants et que leurs attitudes sont influencées par des éléments différents de ceux qui influencent les hommes, notamment la famille et les enfants. Cette recherche montre également que les femmes demeurent peu aidées par les programmes sanitaires dans des domaines importants, tels l'accès à la contraception et la gestion des soins pour les enfants, même si les rapports de couple vivant avec le VIH ont évolué et les femmes sont en train de dépasser leur invisibilité initiale. Par ailleurs, une étude menée au Burkina Faso,

a décrit et analysé dans les années 1990 les comportements sexuels de jeunes filles célibataires et femmes seules. Cette enquête montre que les femmes ne sont pas toutes particulièrement vulnérables au VIH. Elles peuvent avoir des comportements préventifs qui montrent que l'image de la femme africaine soumise n'est plus d'actualité chez les jeunes filles citadines qui gèrent différemment le risque face au VIH. (Bardem et Gobatto 1995). Une recherche faite dans une communauté rurale (Malicounda, Sénégal), auprès d'une population de femmes parturientes et enceintes montre que les milieux de vie, les politiques organisant les services de santé maternelle ainsi que les positions sociales des femmes ont contribué, de façon conjointe, à influencer les expériences de maternité ainsi que l'accès aux soins. Les caractéristiques individuelles, les ressources sociales, relationnelles, structuro-politiques, les facteurs de contexte sont déterminants du statut social et de l'accès aux soins. Ces attributs se révèlent intimement liés, de sorte qu'il est difficile d'attribuer à l'un d'eux un rôle exclusif dans l'explication des inégalités sociales. Ils se modifient aussi au long du parcours de vie, fait de réussite ou de ruptures sociales, professionnelles, affectives, relationnelles, modifiant du coup le statut social et affectant les vécus et expériences de santé (Faye 2008). A l'inverse, une étude sur l'accès aux soins à Dakar montre que les personnes qui n'utilisent pas les services de santé sont plus souvent des hommes, des personnes n'ayant pas fait d'études et celles ayant peu de ressources financières. (Duboz et al. 2015). La consommation de drogues est décrite comme étant un facteur supplémentaire de vulnérabilité, d'exclusion et de stigmatisation chez les femmes (OICS 2016). De ce point de vue, il serait important de décrire la stigmatisation des femmes CD en examinant les représentations et les perceptions des usagers et des professionnels de soins à leur égard.

1.4.2 Les obstacles à l'accès aux soins

Le constat de la sous-représentation des femmes dans les services de traitement des consommateurs de drogues suscite un questionnement sur l'accessibilité de la prise en charge des addictions et du traitement des pathologies associées par rapport au facteur genre. Malgré les différences entre les sexes dans les centres de traitements des addictions observées dans le monde, la littérature a rarement abordé les obstacles et les facilitateurs à l'entrée dans le traitement des addictions pour les femmes (Peterson et al. 2008; Wolde et al, 2002). Des études menées en Afrique de l'Est rapportent que la plupart des services ne fournissent pas de structures de garde d'enfants, ce qui décourage l'accès des femmes qui ont des enfants. Souvent, les services sont situés dans des endroits difficiles à atteindre sans accès à un transport collectif, où il n'est pas sûr pour une femme de voyager seule. Ils peuvent avoir des heures d'ouverture

strictes qui posent des problèmes de disponibilité pour les femmes qui ont un travail ou des engagements domestiques. Ils peuvent manquer de services d'extension outreach (équipes de terrain, cliniques mobiles) qui permettraient d'atteindre les populations cachées de femmes consommatrices de drogues. Parmi les autres barrières potentielles liées au sexe figurent le coût associé à l'utilisation des services ; le manque de personnel féminin; l'absence de formation du personnel sur des questions spécifiques à ses usagers ; un manque d'espaces réservés aux femmes et l'insensibilité générale au genre dans l'exécution du programme. Une étude réalisée en Tanzanie indique que la violence basée sur le genre (VBG) et la discrimination sont des obstacles majeurs à l'inscription aux programmes de traitement par méthadone (Balaji et al. 2016)

Hors des centres d'addictologie, plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont décidé d'assurer la gratuité de certains soins pour certaines populations. Une étude menée au Burkina Faso montre que la gratuité des soins permet un meilleur accès des femmes aux services mais ne met pas pour autant fin aux discriminations dont elles sont victimes (Samb et al 2013). Il est donc nécessaire de s'interroger sur les obstacles structurels, sociaux, culturels et personnels que rencontrent les femmes CD lorsqu'elles souhaitent accéder à un traitement.

Conclusion :

Les études disponibles mettent en évidence une multiplicité de substances addictives utilisées par des hommes et des femmes. Bien que les questions de genre commencent à connaître un surcroît d'intérêt, les connaissances sur les habitudes de consommations des femmes restent encore limitées. En Afrique de l'ouest et particulièrement au Sénégal, peu de données renseignent sur la consommation de drogues chez les femmes. En outre, l'Afrique de l'Ouest a accusé du retard par rapport à la prévention et au traitement des UD, et les politiques se sont longtemps basées sur des réponses pénales avec des législations sévères et la répression à outrance. Cependant, on note des réformes progressives : dans certains pays, se développent peu à peu des réponses centrées sur la santé et sur les droits humains avec l'implémentation des politiques de réduction des risques. Actuellement l'essentiel des fonds pour l'introduction des politiques de RDR proviennent du Fonds Mondial et du « Nord », l'implication des gouvernements reste encore timide. Et d'ailleurs, comme le souligne Carine Magen dans un document de l'observatoire de la santé mondiale, il est nécessaire de s'interroger sur l'adaptation de la RDR en Afrique et sur ses enjeux dans notre contexte. Est-il possible de faire « une réduction des risques décolonisée » ? pour reprendre les mots de l'auteur (Magen 2019). Enfin comme cette auteure, nous nous interrogeons sur la manière dont cette réponse axée sur

la santé est traduite dans le quotidien des usagers de drogues sénégalais, notamment dans celui des femmes.

Par ailleurs, on constate partout en Afrique et dans le reste du monde une prédominance masculine dans les structures de prise en charge des addictions, dans un contexte de croissance des problèmes sociaux et de santé liés à l'usage de drogues. En l'absence d'études se focalisant sur ce sujet en Afrique de l'Ouest, on se demande alors :

- ☞ Les femmes usagères de drogues sont-elles moins nombreuses ou moins visibles que les hommes ?
- ☞ Quelles sont les trajectoires de consommations et soins des femmes ?
- ☞ quelles sont les substances utilisées par les femmes ? sont-elles différentes de celles des hommes ?
- ☞ Quelle est l'acceptabilité des politiques de réduction des risques dans les conditions sociales des femmes sénégalaises usagères de drogues ? Le facteur genre est-il suffisamment pris en compte dans les réponses sociales qui sont proposées ? Comment les femmes et les hommes (utilisatrices du CEPIAD ou non) et les acteurs perçoivent les réponses en termes de prise en charge médicale addictologique et sociale au Sénégal ? Qu'est-ce qui explique la moindre participation des femmes aux interventions proposées ?

Les chapitres suivants tenteront de répondre à ces différentes questions (cf. chapitre 7,8, 13, 14, 15).

CHAPITRE 2 : LES FEMMES FACE AUX DROGUES ET AUX CONDUITES ADDICTIVES

Introduction

La littérature internationale à propos de la consommation de drogues a toujours montré une prédominance masculine parmi les usagers de drogues licites ou illicites. Les études épidémiologiques ont montré que, quelle que soit la partie du monde où l'on se trouve et les politiques des drogues en vigueur dans la région, l'addiction aux jeux compulsifs, à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites concerne davantage les hommes. A l'inverse, la consommation de médicaments psychotropes uniquement (dans un cadre licite) est deux fois plus élevée chez les femmes (Colbeaux 2012). Aussi, les femmes sont moins nombreuses dans les programmes dédiés aux consommateurs de drogues dans le monde et représentent souvent entre 20% et 30% des usagers de drogues injectables. En Afrique, leur proportion est estimée entre 10 à 20% des CDI et elles sont également décrites comme étant moins visibles dans les études réalisées (Degenhardt et al. 2017). Les recherches ont montré des différences d'usage entre les deux sexes : il apparaît que les hommes et les femmes consomment pour des raisons différentes et qu'ils réagissent différemment aux prises de substances psychoactives. D'un point de vue biologique, les femmes sont plus vulnérables face aux drogues et aux addictions (voir plus loin). L'addiction et les comportements de consommation de drogues semblent donc liés au sexe²² (Colbeaux 2012; Ait-Daoud et al. 2019).

Par ailleurs, la recherche sur les drogues et les addictions s'est longtemps concentrée sur les hommes comme si le vécu de l'addiction était similaire pour le masculin et le féminin, ignorant ainsi les expériences et les spécificités sociales et culturelles propres aux femmes. En outre ce n'est qu'au cours des deux dernières décennies que des études se sont penchées sur les rapports de genre²³ en ce qui concerne les usages de drogues et les représentations sociales (Simmat-Durand 2009b; Inserm 2010). Dans une perspective féministe, la plupart de ces recherches ont révélé que les rôles de genre ont un impact supplémentaire sur les différenciations d'usages

²² Le sexe renvoie à un ensemble des caractéristiques biologiques, héréditaires et génétiques qui organisent les individus en deux catégories : mâle et femelle. Le sexe fait référence aux différences anatomiques et biologiques entre hommes et femmes souvent considérés comme universelles. Ainsi, lorsqu'on parle du sexe, il s'agit de la dimension biologique.

²³ Le genre désigne les "rapports sociaux de sexe" et de façon plus large, l'analyse des statuts, rôle sociaux, relations entre les hommes et les femmes dans une société donnée. Lorsqu'on parle de genre, on parle du sexe social, construit socialement par la socialisation, et qui induit certains comportements ou certaines attitudes. http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/BSP/GENDER/PDF/L1final_01.pdf

entre les deux sexes et influencent leur accès aux soins (Ait-Daoud et al. 2019). Parmi les différences socioculturelles, apparaît en premier lieu la question de la stigmatisation, plus importante chez les femmes usagères de drogues (UD) que chez leurs homologues masculins. L'usage de drogues au féminin est associé à la vulnérabilité, tandis que chez les hommes il est corrélé à la virilité (Hoareau 2012; Colbeaux 2012). D'autre part, des études ont mis l'accent sur la question des rôles sociaux féminins associés à la maternité ou à la prostitution, et sur le rôle du partenaire dans les trajectoires addictives (Simmat-Durand 2009b; Coppel 2004a; Colbeaux 2012; Bertrand et Nadeau 2006b). Cependant, les données utilisées dans les études quantitatives concernant l'usage des drogues sont souvent agrégées et l'analyse des spécificités féminines reste encore parcellaire. Or les femmes sont décrites comme étant davantage concernées par des facteurs de vulnérabilités spécifiques sur le plan socio-sanitaire (VIH, précarité relationnelle et financière)(Inserm 2010; Jauffret-Roustide et al. 2009). De plus l'accueil proposé dans les centres de traitement des addictions est souvent inadapté aux besoins des femmes (Mutatayi 2019). Dans ce chapitre, nous nous proposons de faire une revue de ce que vivent les femmes face aux drogues et aux addictions en Afrique et dans le monde.

2.1 Invisibilité ou «invisibilisation», quid de la visibilité des femmes UD ?

2.1.1 Invisibilité dans la production scientifique

La consommation de drogues est considérée comme une problématique qui touche essentiellement les hommes et de nombreuses études portant sur les addictions sont menées auprès de groupes majoritairement masculins. Les trajectoires des femmes usagères de drogues et leurs habitudes de consommations sont très peu connues. Au niveau académique, on note peu d'intérêt par rapport à la thématique « Femmes et drogues ». À ce propos, Neff (2018) souligne l'invisibilité²⁴ des femmes dans la plupart des recherches, dans une revue de la littérature sur « usages de drogues au féminin et production des savoirs ». Les études disponibles sont très souvent quantitatives et se résument à une analyse de la sexospécificité. De plus, les particularités féminines sont très peu décrites ou expédiées en quelques lignes. Cette auteure rapporte que les données sur les usages de drogues au féminin sont sous-estimées car les recherches n'incluent pas le plus souvent les femmes qui ne sont pas visibles dans les structures de soins ou qui ne sont pas identifiées par les services de police (Neff 2018). Aussi, la plupart

²⁴ L'invisibilité sociale fait référence à « une réalité cachée qui se laisse difficilement étudier et interpréter ». Le terme renvoie « à l'exclusion et à la non-reconnaissance ».

http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/36489/1/JT_la_notion_dinvisibilit%c3%a9_sociale.pdf

des recherches sont issues d'enquêtes épidémiologiques ou d'articles médicaux qui portent souvent sur une faible proportion de femmes. Ces études indiquent pour la plupart, des différences significatives entre les sexes en ce qui concerne l'épidémiologie liée à l'usage de substances psychoactives, les facteurs sociaux, les réponses biologiques, l'évolution de la dépendance, les conséquences médicales, les comorbidités psychiatriques... Dans le domaine des sciences sociales, les études sont moins prolifiques ; certains travaux portent sur les différences de genre dans la consommation de drogues, mais peu décrivent le sens que les femmes elles-mêmes donnent à leur usage et à leur comportement dans un contexte donné (Simmat-Durand 2009b). Comment peut-on alors expliquer cette moindre visibilité des femmes dans les travaux scientifiques ? La littérature en santé publique tend à montrer que la sous-représentation des femmes parmi les UD recensés et pris en charge reflète la répartition genrée de la consommation de drogues, mais il est aussi possible que les femmes aient moins accès que les hommes aux services de traitement des addictions et des problèmes de santé liés aux drogues. Par conséquent, on peut penser que l'invisibilité des femmes réside dans la difficulté de les atteindre pour réaliser des études ethnographiques sur leurs particularités (Neff 2018). Selon cet auteur, ce constat peut être interprété à travers un ensemble de « mécanismes d'invisibilisation »²⁵. Dans un article qui analyse la place du genre dans les processus de mise en œuvre de la loi pénale en amont du jugement en France, Barbier (2019) souligne que les femmes sont souvent pensées comme incapables de violences et le monde de la drogue est perçu comme étant une *affaire d'hommes*. Par conséquent, les femmes ne sont pas fréquemment associées à la délinquance en lien avec les drogues. Pour cet auteur, les représentations sociales de genre participent à l'invisibilisation de certains profils de femmes dans le phénomène de la délinquance liée aux stupéfiants. Cela explique la faible proportion de femmes dans les statistiques pénales en ce qui concerne les drogues (Barbier 2019). L'invisibilisation des femmes est un phénomène qui concerne aussi les autres problèmes de santé. En effet, Membrado (2006) rapporte que les femmes ont souvent été mises à l'écart dans la formulation des grandes problématiques sanitaires (VIH, cancers, maladies cardiovasculaires...). Le constat général est que l'on passe toujours de *l'oubli des femmes à leur particularisation* (Membrado 2006).

2.1.2 Une visibilité partielle à travers deux stéréotypes dominants : la mère et la prostituée

²⁵ L'invisibilisation désigne un processus par lequel une réalité sociale est si peu visible dans le champ scientifique

Ces dernières années, on note un intérêt croissant des chercheurs en sciences sociales sur les questions spécifiques aux femmes et aux addictions. On observe de plus en plus un *décentrage analytique* avec davantage d'études menées auprès de public composé exclusivement de femmes (Neff 2018). Cependant la description des particularités féminines est toujours liée au rôle de la maternité. Dans le champ de la santé, cette particularisation oriente la définition des problématiques féminines et les enferme dans les questions *de reproduction et de production de santé familiale et domestique* (Membrado 2006). De même, dans le domaine des addictions et des drogues, lorsque les femmes sont visibles dans les recherches, elles sont souvent décrites à travers deux images récurrentes : la mère et la prostituée. La plupart des travaux sur les femmes et les addictions mettent en lien l'usage de drogues au féminin avec la question de la maternité et de la prostitution. Les figures de femmes consommatrices de drogues sont souvent réduites à ces rôles stéréotypés. Dans un article qui analyse la manière dont les femmes usagères de drogues sont traitées en Amérique du Nord, Boyd (2004) relève que les discours médiatiques et scientifiques sur les drogues assimilent les femmes UD à « des mères indignes » à cause des conséquences dangereuses de l'usage de substances sur le fœtus et sur leurs enfants. Ces femmes sont dépeintes comme centrées sur elles-mêmes, capables de tout faire pour soutenir leur consommation de drogues. Elles sont également dépeintes comme des victimes, manquant d'autorité et contrôlées par les hommes. Ces discours alimentent et influencent les politiques publiques et conduisent à sanctionner doublement les femmes usagères de drogues (Boyd 2004a). Cet auteur montre que les femmes UD sont accusées d'être des menaces pour la société car leur besoin de consommer des drogues prend le pas sur leur instinct maternel. De ce fait, les services sociaux et les législations se sont focalisés sur le comportement des femmes UD enceintes en occultant leurs conditions de vie et l'inaccessibilité à des services de soins (Boyd 2004a). Par exemple, dans les années 1990, de grandes campagnes de dénonciation utilisant le slogan « bébés cocaïnes » « crack babies ou little junkies » ont eu lieu aux Etats-Unis accusant les femmes UD enceintes d'empoisonner leurs bébés. Parallèlement, Simmat-Durand (2009) en France souligne que ce discours sur la dangerosité des substances psychotropes sur la maternité engendre des sanctions pénales et sociales lourdes pour les femmes UD allant d'une stigmatisation importante auprès des professionnels de soins à la prison ou au retrait de la garde de l'enfant (Simmat-Durand 2007a; 2009a; 2002).

La figure de la prostituée usagère de drogues est également très présente dans les travaux épidémiologiques et ethnographiques. Selon Coppel, sociologue qui travaille depuis plusieurs décennies sur la question des femmes usagères de drogues en France, « la maman » et la «

putain » sont deux figures traditionnelles qui ont été réactivées avec la montée de l'épidémie du sida. Ces deux images structurent les représentations autour des femmes CDI et les réponses qui leur sont adressées (Coppel 2004b). Dans le même sens, Neff (2018) soutient que la crise sanitaire du VIH et la transmission mère-enfant ont contribué à focaliser les recherches et les réponses sociales sur ces deux catégories de femmes (Neff 2018).

2.2 Usages de drogues au féminin et spécificités biologiques

2.2.1 Différences d'usages entre les sexes

Selon le rapport mondial sur les drogues en 2018, la prévalence de l'usage non médical d'opioïdes et de médicaments psychotropes chez les femmes est plus élevée sinon comparable à celle des hommes. Par ailleurs, les hommes consomment davantage que les femmes du cannabis, de l'alcool, de la cocaïne ou des opiacés comme l'héroïne. Dans les centres de prise en charge, seulement un cinquième des personnes en traitement pour ce type de drogues sont des femmes. En outre les femmes sont plus représentées quand il s'agit du traitement pour addiction aux tranquillisants et aux sédatifs. Les femmes entrent plus tardivement que les hommes dans la consommation de substances psychotropes ; cependant une fois qu'elles ont commencé, elles arrivent plus rapidement à une situation de dépendance (ONUDD 2018). De plus, les femmes qui ont souvent vécu des situations de maltraitance dans leur enfance deviennent dépendantes de substances à un âge plus précoce que les autres (ONUDD 2005)



Figure 3 : Effet télescopique (source Résumé analytique ONUDD 2018)

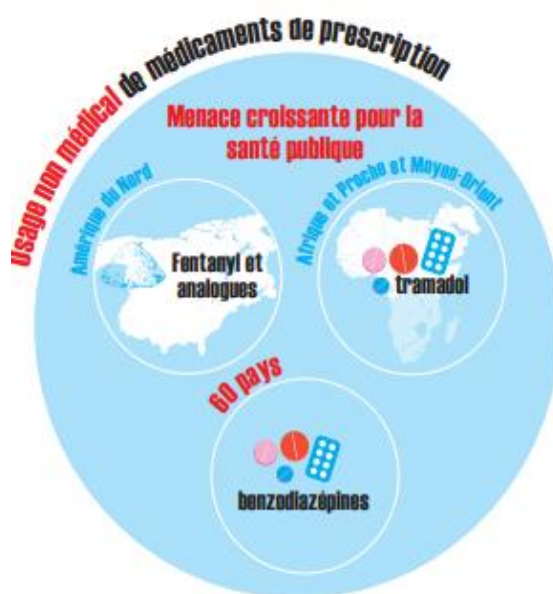


Figure 4 : source: Répartition de l'usage non médical de médicaments de prescription (source Résumé analytique ONUDD 2018)

Le rapport mondial sur les drogues en 2018 a mis l'accent sur la crise des opioïdes. Ce type de consommation débute par la prescription légale d'un médicament antidouleur (épidémie iatrogène) puis évolue vers une addiction avec un approvisionnement sur le marché informel pour réduire le coût ou obtenir des doses non prescrites. Aux Etats-Unis, il est relevé environ 70-100 000 morts annuels d'overdose, la moitié de ces médicaments (oxycodone, fentanyl, carfentanyl) sont prescrits. Ce type d'usage commence à s'étendre au niveau mondial. En Afrique, l'usage abusif de Tramadol a progressé ces dernières années (ONUDD 2018). D'après un document publié par les Nations Unies sur le traitement et le suivi des femmes pour abus de substances, il y aurait un accroissement du nombre des femmes consommatrices de drogues par injection. Dans cette publication, le Kenya est cité comme l'un des pays d'Afrique où progresse l'usage de drogues injectables au féminin, dans une proportion encore assez faible. Une étude menée auprès d'usagers d'héroïne dans une ville côtière du Kenya a estimé à 1/20 le ratio femmes/hommes chez les consommateurs d'héroïne, dont 50 % se l'administraient par injection (ONUDD 2005).

2.2.2 Vulnérabilités biologiques, risques d'infections

Les substances psychotropes ont des effets et des conséquences physiologiques différents selon qu'on est homme ou femme. La plus grande différence notée entre les sexes est le fait que les femmes sont plus sensibles aux mêmes doses que les hommes (Colbeaux 2012). Cette vulnérabilité biologique est aussi rapportée dans une publication de l'ONUDD qui indique que la consommation de drogues provoque des cycles menstruels irréguliers, voire une aménorrhée et une baisse de la fertilité féminine. De plus, les substances comme l'héroïne, la cocaïne et l'alcool peuvent conduire à une augmentation des risques de grossesses extra-utérines et des risques de fausses couches (ONUDD 2005). Les femmes sont aussi plus vulnérables que les hommes aux effets de l'alcool. Même en petite quantité, l'alcool peut augmenter le risque de cancer du sein, d'ostéoporose, de maladie du foie, de déséquilibre hormonal et de problèmes de fertilité (Ait-Daoud et al. 2019). Mendrek, dans un article qui traite des différences entre les sexes à propos des addictions, souligne la propension des femmes à utiliser de l'alcool face à un état émotionnel négatif (charge mentale, stress), alors que les hommes consomment très souvent de l'alcool par conformisme au groupe. Aussi, les femmes qui ont des problèmes d'addiction à l'alcool sont souvent sujettes à des troubles psychiatriques concomitants. (Mendrek 2014a).

En ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles (VIH, VHC...etc.), les femmes sont également décrites comme plus vulnérables et combinent les risques liés à l'injection des drogues et à la sexualité. Les comportements à risques généralement rapportés concernent le partage du matériel d'injection avec un partenaire sexuel habituel, l'absence d'utilisation du préservatif, la prostitution. En revanche, les hommes sont plus à risque que les femmes d'avoir des infections se rapportant à la manipulation de plaies liées à l'injection (Inserm 2010). Cette vulnérabilité plus grande des femmes aux infections a été documentée dans presque tous les pays. En Afrique de l'Ouest, des études réalisées au Sénégal, en Côte d'Ivoire et au Togo, ont montré que l'usage de drogues injectables est la base de nouvelles épidémies concentrées d'infections par le VIH et le VHC (Leprêtre et al. 2015; Ekouevi et al. 2013; Bouscaillou et al. 2014). A titre illustratif, la première étude précise menée en 2011 a mis en évidence la présence d'environ 1300 consommateurs de drogues injectables dans la région de Dakar. Les femmes représentaient 13,6% (69/506) d'entre eux et consommaient surtout l'héroïne et le crack (respectivement 79% et 46%). Les femmes consommaient autant d'héroïne que les hommes mais davantage de cocaïne/crack en produit principal (27,5% et 19%). Les CDI étaient particulièrement touchés par le VIH (5.2% de prévalence versus 0.5% en population générale), et par l'hépatite C (23,3% versus 2% en population générale), ce qui permet de parler d'épidémies concentrées. La prévalence du VIH était plus élevée chez les femmes (13,0%) que chez les hommes (3,0%). Dans ce contexte, en tant que « populations clés » dans la lutte contre le sida, les femmes CDI devraient donc être en priorité un objet d'études quanti et qualitatives. Or à notre connaissance au Sénégal, aucune étude ne s'est focalisée sur les risques auxquels les femmes UD sont exposées.

2.3 Clichés de femmes UD, normes de genre et stigmatisation

2.3.1 Consommation de drogues au féminin et représentations documentés au Nord

Selon l'organisation mondiale de la santé, les consommateurs de drogues (hommes ou femmes) sont fréquemment stigmatisés et marginalisés de la part de la société et des professionnels de soins (Room 2005). Les personnes dépendantes de drogues sont considérées comme étant dans un état plus critique que celles qui souffrent d'une maladie mentale ou qui sont handicapées (Corrigan, Kuwabara, et Oshaughnessy 2009). Les hommes et les femmes n'étant pas égaux face aux attentes sociales, les études disponibles montrent que la stigmatisation est beaucoup plus grande quand il s'agit d'une femme consommatrice de drogues. Dans un article qui décrit l'usage de drogues au féminin en France, Hoareau (2012) souligne que les stéréotypes de la

femme UD renvoient tous aux représentations de genre assignées aux femmes dès leur naissance. Ces stéréotypes se rapportent au champ de la sexualité féminine, de la transgression des rôles féminins d'épouse et de mère et de la transmission des valeurs et de la culture (Hoareau 2012). Selon cet auteur, la femme est souvent appréciée en fonction de la manière dont elle prend soin d'elle-même, de ses enfants, de son mari, de son corps... Ce qui révèle sa capacité à assumer les rôles qui lui sont dévolus dans la société. Cette stigmatisation plus importante chez les usagères est essentiellement fondée autour de *l'assignation biologique à la maternité* et de *l'assignation symbolique de gardienne des valeurs*. Par conséquent, consommer des drogues est contraire à l'idéal maternel et au statut de dépositaire des valeurs qu'elle incarne. La femme est dès lors considérée comme une « mauvaise mère » et une femme « déchue » de sa féminité (Hoareau 2012). Les recherches sur l'addiction au féminin montrent aussi que les femmes sont souvent perçues au travers de leur rôle de pourvoyeuses de *care*²⁶ et de douceur, si bien que la stigmatisation des femmes UD est quasi permanente et est à la source de leur invisibilité dans l'espace public (Neff 2018).

D'autres auteurs ont également documenté les représentations sociales des femmes UD en Europe. Ces écrits mettent en évidence les perceptions négatives des femmes UD relatives aux rôles des femmes et à leur identité féminine. Différentes images sont associées aux consommatrices de drogues : la patiente (femme fragile), la décadente (femme déchue) et l'émancipée, qui peuvent être décrites dans les termes suivants :

- La *femme fragile, la patiente*: la consommation problématique de médicaments psychotropes concerne davantage les femmes. L'usage abusif de l'alcool et des médicaments psychotropes est souvent corrélé au mal-être des femmes (sentiment d'impuissance, cumul des tâches, absence de soutien familial, violences du partenaire, stress).
- La *femme déchue, la décadente*: l'abus de drogues illicites (héroïne, cocaïne/crack) a des effets physiques stigmatisants à long terme. Lorsque la femme se trouve dans cet état, elle déroge aux normes sociales (beauté, jeunesse, autocontrôle).
- La *femme émancipée*: L'usage de drogues chez les femmes est également associée à la modernité. Dans ce sens, les femmes UD sont perçues comme assumant leur liberté de mœurs et leur « déviance ». Elles ont droit tout autant que les hommes à des

²⁶ « Prendre soin » : soin du corps, soin de l'autre, concept issue de la psychologie du développement. « Rôle naturel de soignante » de la femme envers son partenaire et ses enfants, qui se sentent obligée de gérer leurs besoins avant les siens (normes sociales)

consommations festives. C'est le cas des hippies²⁷ aux Etats-Unis et des jeunes femmes de l'espace festif techno²⁸ en France (Dupertuis 2006a; Coppel 2004b).

2.3.2 Addictions, images de femmes africaines et stigmatisation

En Afrique de l'Ouest, il y a peu de données sur les figures des femmes UD. En 1991, Werner a souligné que le phénomène de consommation de drogues illicites était en pleine expansion à Pikine, dans la banlieue de Dakar. Son étude qui porte sur la déviance et l'urbanisation au Sénégal, montre que l'usage de psychotropes illicites et licites entraîne une stigmatisation beaucoup plus importante chez les femmes que chez les hommes : « Une femme qui fume du *Yambaa* (cannabis) est une *tchaga* (une pute), si elle boit des pions elle devient une saleté (ordure). Dans ces conditions, les femmes ont intérêt à ce que leur consommation reste discrète » (Werner 1991). Des recherches portant sur d'autres catégories de femmes en Afrique ont documenté des perceptions similaires à celles rapportées par les chercheurs au Nord. Par exemple Ouattara (2008, 2016) qui analyse l'expérience de la maternité au Burkina Faso, montre que quand les femmes ont des comportements qui s'écartent des normes sociales établies, elles s'exposent à des violences sociales et à des attitudes stigmatisantes. Cet auteur rappelle que la légitimité de la femme dans la société africaine passe par le mariage et la fécondité, les femmes qui se soustraient à ces rôles sociaux sont généralement traitées de « sorcières » ou de « femmes vides » (Ouattara et Storeng 2008; Ouattara et al. 2016). Par ailleurs, la plupart des études qui décrivent des figures de femmes déviantes se sont focalisées sur l'infanticide et les pratiques d'avortements clandestins. Les femmes ayant eu recours à ces pratiques sont considérées comme délinquantes ou malades mentales (Diop-Vertu 1987; Mbassa Menick 2000). Les limites des études et la diversité des figures féminines montrent la nécessité de décrire les profils des femmes CDI au Sénégal.

²⁷ Le mouvement est né aux Etats Unis dans les années 1960 et s'est diffusé dans le reste du monde occidental. C'est un courant qui prône l'ouverture à d'autres cultures, un besoin d'émancipation, la recherche de nouvelles perceptions sensorielles et d'états de conscience modifiés. Ils sont connus pour leur consommation de la LSD (communément appelé acide) et du cannabis. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Hippie>

²⁸ Milieu festif (appelé aussi rave ou free parties), mouvement né à Détroit au Mexique dans les années 1980 avec la diffusion de la musique techno. Les adeptes de ce courant sont contre le matérialisme et l'individualisme. La prise de drogues instituée comme rituel lors de ces soirées festives crée un espace hors temps et un lien communautaire fort. La consommation d'alcool et de cannabis est connue dans ce milieu mais la drogue de prédilection reste la MDMA (Méthylènedioxy méthamphétamine), l'ecstasy (Mollet 2003).

2.4 La maternité dans la trajectoire d'addiction

2.4.1 Fragilité biologique, grossesses hors normes sociales, sanctions sociales et pénales cumulées

Sur le plan biologique, la consommation de drogues pendant la grossesse (en particulier les opiacés) peut provoquer des accouchements prématurés et un petit poids de naissance de l'enfant. Lorsque la femme enceinte utilise des substances psychoactives, le nouveau-né est rapidement en état de manque (communément appelé *syndrome de sevrage du nourrisson*). La classification des méfaits occasionnés par les substances diffère d'un pays à un autre. En Europe, les benzodiazépines et les opioïdes sont identifiés comme ayant le plus fort taux de dommages alors qu'aux Etats Unis, c'est la cocaïne et le crack (Simmat-Durand et al. 2013a). Cette auteure souligne que sur le plan social, les grossesses des femmes UD sont considérées comme hors normes. Lorsque des femmes UD deviennent mères, leur compétence en tant que maman est souvent mise en doute, car les « bonnes mères » ne sont pas censées recourir à de telles pratiques. Par conséquent, elles sont souvent étiquetées comme des mères « déviantes ». La grossesse sous drogues illicites est à l'encontre des normes pénales, la consommation de drogues étant considéré comme un délit. La femme enceinte sous drogues transgresse les normes sociales car elle a failli à l'attente sociale d'être une « bonne mère ». Elle défie également les normes médicales car ce sont des grossesses dites « à risque ». Ces perceptions négatives vont entraîner des sanctions sociales et pénales cumulées. Les femmes UD enceintes peuvent être exposées à l'emprisonnement ou à l'obligation des soins lorsque leur consommation est connue par les services médicaux. En Europe, les enfants des mères UD font parfois l'objet d'une mesure des services de protection de l'enfance (séparation, placement) (Simmat-Durand 2007a).

En Afrique, à notre connaissance, il y a peu de recherches consacrées aux questions d'addiction et grossesse. On note très peu d'informations sur l'ampleur de la consommation de substances autres que le tabac chez les femmes enceintes dans les pays du Sud. Les données disponibles pour l'Afrique proviennent notamment de l'Afrique du Sud et indiquent qu'entre 3,6 et 8,8% des femmes enceintes consomment des substances illicites et 19,6% consomment de l'alcool. Les substances illicites les plus couramment utilisées en Afrique du Sud sont la méthamphétamine et le cannabis. La consommation d'opiacés étant en augmentation constante dans beaucoup de pays d'Afrique, il est probable que leur usage devienne de plus en plus répandu pendant la grossesse (Forray 2016). En Afrique du Sud, comme l'écrit Petersen Williams et al. (2014), la

consommation de drogues pendant la grossesse est socialement réprimée. C'est pourquoi de nombreuses femmes enceintes cachent leur usage de substances et ne le déclarent pas aux services médicaux par crainte d'être stigmatisées ou critiquées. Cet auteur indique que souvent les femmes arrivent à passer sous silence leur statut d'UD dans des structures médicales publiques qui ne disposent pas de moyens adéquats pour dépister et établir les consommations d'alcool et d'autres drogues chez les femmes enceintes (Petersen Williams et al. 2014).

2.4.2 Grossesse et maternité : point de bifurcation dans la trajectoire addictive ?

Lorsqu'une femme devient enceinte, elle prend conscience des nouvelles attentes sociales qui vont façonner toute son expérience de mère. Elle se rend compte que le vécu de la maternité n'est pas seulement individuel, mais qu'elle est socialement construite et basée sur des représentations collectives de ce qu'est être une « bonne mère » (Couvrette, Brochu, et Plourde 2016). Comme le décrivent ces auteurs dans un article questionnant l'identité des mères UD et délinquantes, ces différentes perceptions sont profondément ancrées dans la plupart des sociétés et s'appliquent à toutes les femmes. Une « bonne mère » est réfléchie, altruiste, patiente, dévouée à ses enfants. Elle doit se consacrer entièrement à son rôle de mère en faisant abstraction de ses propres intérêts. Elle ne doit pas faire de choix de vie allant à l'encontre du bien-être de ses enfants. Les femmes UD n'échappent pas à ce modèle normatif (Couvrette, Brochu, et Plourde 2016), c'est dans ce sens que certains auteurs ont montré que la maternité peut être un moteur de changement dans la trajectoire addictive. Des écrits au Nord ont montré que dès l'annonce de la grossesse, certaines femmes vont se remettre en cause pour se soustraire à l'étiquette de « mauvaise mère ». La grossesse est alors décrite comme un moment qui offre l'opportunité d'interrompre ou de sortir de l'addiction. Cette perception est rapportée par Couvrette (2013) qui analyse le rôle de la maternité dans la trajectoire de consommation et de criminalité de mères UD judiciarisées. Cet auteur explique que pour ces femmes, l'enfant à naître incarne « la normalité » à laquelle elles souhaitent retourner. Son analyse qualitative montre que de nombreuses femmes vont fournir des efforts et élaborer des stratégies pour réduire, arrêter momentanément ou abandonner leur consommation de drogues pendant la grossesse et à partir de là apporter d'autres changements positifs par rapport à leur style de vie. Dans le même ordre d'idée, Rosenblum (2009) rappelle dans un article qui décrit les trajectoires de femmes toxicomanes que la maternité est le moment choisi pour les femmes d'entrer dans une dynamique de recherche de soins (Rosenblum 2009a). Dans une étude réalisée par Simmat -Durand, certaines femmes à défaut de s'abstenir de consommer vont parfois substituer leur consommation à des substances jugées moins dangereuses. Mais si l'expérience

de la maternité offre une possibilité de changement dans la trajectoire, elle ne garantit pas toujours une sortie de l'addiction (Simmat-Durand et al. 2013b; Dunlap, Stürzenhofecker, et Johnson 2006).

Il a été documenté au Canada, aux États-Unis et en Europe que de nombreuses femmes éprouvent des difficultés à marquer un arrêt quand elles sont enceintes et ceci même après la naissance de leurs enfants. D'après une étude portant sur la situation des mères toxicomanes au Canada, l'expérience de la maternité ne garantit pas la fin de la trajectoire de consommation : les femmes qui ont marqué une pause pendant la grossesse, risquent de plus en plus de consommer de nouveau au fur et à mesure que le bébé grandit. Après la naissance de l'enfant, les résolutions de ne plus consommer deviennent de plus en plus fragiles face aux difficultés économiques et aux situations de vies en lien avec la consommation de drogues (Guyon et al. 2002). A ces difficultés s'ajoutent l'angoisse face à la maternité : Couvrette et al (2016) soulignent que certaines mères UD ont déclaré que la continuité de la consommation permet de faire face aux exigences et aux difficultés quotidiennes de la maternité. Pourtant, la plupart des mères usagères de drogues déclarent qu'elles aiment leurs enfants et se préoccupent de leur bien-être (Couvrette, Brochu, et Plourde 2016). En revanche, la culpabilité de ne pas être à la hauteur de leur rôle de mère et le dégoût qu'elles ressentent à l'égard d'elles-mêmes les poussent à consommer davantage pendant la grossesse. Par exemple l'étude de Simmat-Durand et al (2013) qui analyse la place des grossesses dans les trajectoires addictives de femmes en sortie des addictions indique que seulement 10/61 des femmes interrogées ont mentionné la grossesse ou un enfant comme la raison pour laquelle elles ont arrêté l'héroïne. Les motivations principales évoquées concernent davantage les situations économiques défavorables, les ennuis judiciaires, les comorbidités...etc.(Simmat-Durand et al. 2013b).

2.5 Le travail sexuel dans la trajectoire d'addiction

2.5.1 Lien entre consommation de drogues et prostitution

Les travaux disponibles sur les femmes UD ont également mis l'accent sur la prostitution. Ils suggèrent que le travail sexuel et la consommation de drogues sont étroitement liés. Ainsi, plusieurs études ont tenté d'expliquer le rôle du travail sexuel dans la trajectoire d'addiction (Bertrand et Nadeau 2006b). Dans une étude qualitative des trajectoires de femmes toxicomanes en traitement ayant des problèmes d'inadaptation sociale, Bertrand et Nadeau (2006) indiquent trois types de trajectoire de prostitution. En analysant les récits de vie de 21 femmes usagères

de drogues, ces auteurs montrent que la trajectoire de prostitution est imbriquée à la trajectoire de consommation de différentes manières. La prostitution peut être :

1. « un dernier recours pour soutenir une toxicomanie dans le contexte d'une trajectoire délinquante précoce », dans ce type de trajectoire l'usage de drogues est antérieur à la prostitution. En effet recourir au travail sexuel peut être la dernière option pour se procurer la drogue de choix pour une femme déjà inscrite dans un style de vie marqué par la délinquance.
2. « une occupation entraînant un style de vie déviant »; dans ce type de trajectoire le travail sexuel est un métier de survie antérieure à l'usage de drogues. L'usage de substances permet d'affronter les difficultés du métier.
3. « un accident de parcours » c'est-à-dire qu'elle peut être momentanée ou passagère suivant le parcours de consommation de drogues (Bertrand et Nadeau 2006b).

Dans une étude mixte (quantitative + volet qualitatif), Jauffret-Roustide (2008) soulignent que la relation entre usage de drogues et travail du sexe est complexe du fait que cette dernière peut représenter un moyen pour s'acheter les produits, mais également l'usage de drogues peut être un moyen de supporter les effets pénibles des relations sexuelles (Jauffret-Roustide et al. 2008). Une revue de la littérature mise en ligne en 2010 par la *National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC)* en Australie présente un résumé des risques, des expériences et des besoins des femmes UDI. Les auteurs de cette revue soulignent que la plupart des études à travers le monde soutiennent que le besoin d'argent pour se procurer les produits est la principale motivation pour s'engager dans la prostitution chez les femmes UD. Néanmoins des études réalisées aux États-Unis, au Vietnam, en Chine et en Inde rapportent que les UDI féminines ont déclaré avoir fourni des services sexuels en échange de logement, de subsistance et de protection. Les rapports sexuels transactionnels sont également décrits comme une stratégie de survie face à la pauvreté, l'absence de possibilités d'emploi, la nécessité de subvenir à leurs besoins quotidiens et à ceux de leurs partenaires (NDARC 2010).

Par ailleurs, dans une perspective de santé publique, de nombreuses études de prévalence à travers le monde ont montré que la plupart des femmes qui consomment les drogues se livrent au travail du sexe. A titre illustratif une étude d'évaluation rapide de Parry et al (2009) en Afrique du Sud a montré que sur 67 professionnelles du sexe (PS) interrogées, 31 étaient des usagers de drogues injectables (UDI). Parmi les PS qui ont accepté le dépistage du VIH, 34% ont été testés positifs au VIH. D'autres études ont également rapporté que les travailleuses du sexe (TS)/UD sont souvent vulnérables au risque de transmission du VIH car elles ont des

partenaires sexuels multiples et peuvent ne pas utiliser le préservatif si le client l'exige. Les femmes UD/TS sont également exposées à des risques de violences physiques et sexuelles dans le milieu de la prostitution (Kral et al. 2001; Jauffret-Roustide et al. 2013; Bouscaillou et al. 2014). En outre, toutes les femmes qui consomment des drogues et se livrent au travail du sexe ne s'identifient pas nécessairement comme des UD et, de même, toutes les UD qui échangent occasionnellement des rapports sexuels contre de l'argent ne se considèrent pas comme des prostituées. La question de l'identification est particulièrement importante car lorsque ces femmes ne se considèrent pas comme vulnérables à des risques particuliers, elles peuvent être exclues des programmes ciblés ou s'auto exclure (NDARC 2010), d'autant plus que les femmes UD/TS peuvent être stigmatisées par les autres prostituées non usagères de drogues dans le milieu (Pryen 1999; Coppel, Amaouche, et Braggiotti 2020). Ils s'agit par exemple de la manière dont les femmes UD et TS clandestines qui utilisent les services offerts par le bus des femmes sont exclues du milieu traditionnel de la prostitution, les autres prostituées qui ne sont pas UD vont avoir des attitudes et des paroles stigmatisantes pour marquer leur différence à leur égard (Coppel, Amaouche, et Braggiotti 2020).

2.5.2 Femmes UD et prostitution au Sénégal

Au Sénégal, à notre connaissance, il y a peu d'études qui s'intéressent aux femmes et au lien entre prostitution et usage de drogues. Des travaux de thèse portant sur les consommateurs de drogues au Sénégal décrivent les femmes comme une « population cachée » dans le milieu des usagers de drogues dans les régions de Dakar et de Thiès (Tine 2008; Ndione 2017; Stengel et al. 2018). Selon une étude qualitative réalisée par Stengel et al (2018) auprès des pairs-médiateurs à Dakar, le repérage des femmes sur le terrain par les équipes mobiles pose problème. En effet, ces auteurs montrent que les pairs éducateurs ont des difficultés à atteindre les femmes qui demeurent une population moins visible dans les soins. Cette invisibilité est liée à la stigmatisation dont elles sont victimes (rejet familial et social) (Stengel et al. 2018b). Au Sénégal, il y a relativement plus de femmes qui consomment de la cocaïne/crack (27,5%) en produit principal que d'hommes (19%) (Leprêtre et al. 2015). Le peu de travaux disponibles montre que la situation sociodémographique des femmes UDI les associe au travail sexuel pratiqué dans une situation de marginalité sociale et une grande précarité, même lorsqu'elles sont en couple (Leprêtre et al. 2015; Ndione 2017; Werner 2000). Ces dernières décennies, les femmes sénégalaises incluses dans la catégorie des populations clés pour le VIH ont souvent été abordées sous l'angle du travail du sexe. Dans son ethnographie de la prostitution clandestine à Dakar, Fouquet (2007) défend l'idée que l'intelligence de ces pratiques est à

rechercher avant tout dans les trajectoires de conduites visant à établir des contacts sociaux et à rechercher des stimulations nouvelles. Fouquet (2011), qui étudie les trajectoires sociales alternatives des travailleuses du sexe à Dakar, s'intéresse aux femmes sénégalaises TS qui négocient diverses formes d'échanges économiques et sexuels auprès des Occidentaux (Fouquet ; 2011) Polykett montre comment les ONG travaillant sur le terrain, comme Enda Santé, identifient et suivent à travers la ville de Dakar, des femmes dont les dispositions corporelles les identifient comme des «prostituées», bien que les femmes elles-mêmes rejettent avec véhémence cette étiquette (Poleykett 2016). Aucune de ces études n'a traité les types d'addiction ou les recours aux traitements pour l'addiction. Au CEPIAD, dans la file active décembre 2016, les femmes qui consomment les drogues illicites viennent autant pour l'héroïne (12/31), le crack (11/31) que le cannabis (8/31), alors que les hommes viennent en grande majorité pour l'héroïne (CEPIAD 2016). En l'absence d'étude focalisée sur ce sujet, il est important d'analyser quel est le lien entre travail sexuel et consommation de drogues au Sénégal, comment la trajectoire de prostitution influence la trajectoire de consommation et de recherche de soins et inversement.

2.6 Consommation de drogues et « dépendance relationnelle »

2.6.1 L'influence du partenaire, pratiques et violences

Le rôle du partenaire dans les trajectoires d'usages de drogues au féminin a également attiré l'attention des chercheurs. De nombreuses études dans le monde ont montré que les relations interpersonnelles peuvent avoir un impact sur le parcours de consommation des femmes, notamment lorsque leur entrée et leur maintien dans l'usage de drogues est influencé par des partenaires sexuels. Dans la plupart des études, les femmes sont décrites comme étant dans une double dépendance aux drogues et à leurs partenaires (NDARC 2010; Simmat-Durand 2009b). Dans une revue de la littérature internationale sur les femmes et les addictions, Simmat-Durand (2009) rapporte que la majorité des recherches relie l'entrée des femmes dans la consommation de drogues à l'influence d'un partenaire (un petit ami ou un mari). De plus, l'initiation à l'usage de drogues au féminin est fortement corrélée à la vie affective (Simmat-Durand 2009b). C'est pourquoi l'importance du rôle des partenaires amoureux dans les parcours initiatiques des femmes a été documenté dans des études quantitatives et qualitatives. Par exemple, dans une étude qualitative réalisée au Canada auprès de 21 jeunes femmes, Bertrand et Nadeau (2006) soulignent que l'initiation aux drogues « dures » par le partenaire amoureux a été mentionnée par le tiers des femmes interrogées. De même, les femmes ont

tendance à être en couple avec des hommes de leur réseau de consommation. En conséquence, cela influence la progression et le maintien dans la consommation (Bertrand et Nadeau 2006b). Dans un article qui traite du rôle des partenaires masculins dans la trajectoire d'usage de drogues des femmes en Indonésie, Lazuardi (2012) montre que la plupart des femmes vues au courant de son étude et qui s'injectaient les drogues avaient des partenaires qui s'injectaient eux aussi les produits. Les résultats de cette recherche suggèrent que les partenaires masculins jouent non seulement un rôle significatif dans l'initiation, mais ils vont également influencer les comportements d'usage comme la pratique de l'injection. Dans la plupart des cas, cette dépendance affective est associée à une dépendance économique au partenaire car ce dernier va également fournir les produits (Lazuardi et al. 2012). Ces auteurs soulignent dans cet article qu'il est rare que les femmes se procurent elles-mêmes les drogues de leurs choix. La plupart du temps, elles sont en couple avec un dealer ou un consommateur de drogues injectables afin de faciliter leur acquisition des produits consommés (Lazuardi et al. 2012). Par ailleurs, il a été documenté que les femmes sont fréquemment victimes d'abus physiques ou sexuels de la part du partenaire masculin ou d'autres hommes (membres de la famille, dealer souteneur). Selon l'ONUDC, les femmes qui sont dans des situations d'addiction aux drogues ont plus souvent que les hommes été victimes de violences physiques et/ou sexuelles. De plus ces vécus douloureux peuvent accroître le risque d'utilisation de substances et de troubles de stress post-traumatique ou autres problèmes de santé mentale (ONUDC 2005).

2.6.2 Relations de couple, affectivité, conjugalité et addictions

Les relations de couple sont de plus en plus idéalisées dans les sociétés modernes ; elles sont considérées comme source de sécurité personnelle et émotionnelle, en particulier pour ceux qui vivent en marge de ces sociétés (Martin 2010). Ainsi, il a été documenté que certaines femmes consomment les drogues avec leurs partenaires pour se sentir plus proches d'eux (Simmat-Durand 2009b). Cette situation a été rapportée par Martin (2010) à propos d'une analyse qualitative portant sur les expériences de jeunes femmes sur l'initiation à la consommation de drogues injectables au Canada. Les résultats de cette étude suggèrent que les femmes se font initier à la pratique de l'injection dans une perspective de vivre avec leur partenaire amoureux une expérience intime, donnant lieu à un sentiment profond de connexion avec leurs initiateurs. La plupart des femmes qui ont participé à cette recherche ont déclaré qu'elles voulaient ressentir les effets de l'injection avec leur partenaire intime, voire se sentir « comme » ces partenaires. Souvent, ces femmes ont continué à se faire administrer les injections par ces derniers, même après l'initiation. Dans la plupart des cas, les femmes arrêtent l'injection lorsqu'elles se séparent

de leur partenaire. Selon cet auteur, les femmes qui ont été initiées à l'injection aux drogues par un partenaire amoureux ont tendance à déclarer que cela avait une incidence sur la qualité de leurs relations. Certaines femmes de cette étude ont décidé de consommer avec leurs partenaires masculins afin de renforcer ou de protéger leur relation (Martin 2010). Des études réalisées en Europe ont montré que l'addiction aux drogues et les problèmes de consommation d'alcool des femmes mariées sont liés à l'évaluation par la femme des problèmes de dépendance de son conjoint, ce qui n'est pas le cas pour les hommes. De plus les femmes ayant un conjoint avec des problèmes d'alcool sont souvent victimes de violences conjugales. Par conséquent, elles souffrent de troubles anxieux et ne jouissent pas d'une bonne santé physique (Barrault 2013). Très peu d'études se sont focalisées sur les effets positifs de la relation de couple dans les trajectoires addictives. Selon Barrault (2013), cité plus haut, le mariage ou la relation conjugale peut jouer un rôle protecteur par rapport aux addictions en stabilisant ou réduisant la prise de substances psychoactives. La séparation ou le divorce aurait un impact plus négatif chez les femmes que chez les hommes car les femmes auraient tendance à noyer leurs problèmes émotionnels (stress, insatisfaction) dans l'alcool en guise d'automédication (Barrault 2013). En revanche, une étude de Mburu et al (2019) menée au Kenya a relaté que dans certains cas la relation de couple peut être une source d'influence positive dans la trajectoire des femmes. A titre illustratif, cette recherche souligne que les partenaires, en particulier non-usagers, accompagnent les femmes vers les soins et les soutiennent financièrement afin qu'elles cessent de consommer, notamment pendant la grossesse (Mburu, Limmer, et Holland 2019). Au Sénégal, aucune étude n'a évoqué le rôle du partenaire dans les trajectoires de consommation des femmes. Nous proposons donc de décrire les effets négatifs et positifs ou les influences (rôle) du partenaire sur la trajectoire d'usage des femmes CDI sénégalaises.

2.7 Inégalités, addictions et traitements : Des femmes moins visibles et moins protégées

2.7.1 Femmes et traitement juridique

Selon le rapport de l'ONUDC en 2020 (ONUDC 2020), lorsque les femmes sont en contact au système pénal, elles sont très souvent poursuivies pour des infractions liées aux drogues. Par ailleurs, ce système est d'abord conçu pour des délinquants de sexe masculin, par conséquent, il est souvent mal adapté à la situation spécifique des femmes. Les femmes rencontrent plus de difficultés que les hommes pour accéder à la justice. La plupart du temps, elles n'ont pas les ressources financières pour recourir à un conseil juridique ou pour s'acquitter de leur caution

lorsqu'elles sont arrêtées pour possession ou détention de drogues. De plus, elles sont plus confrontées que les hommes à des situations de discrimination de la part des agents du système pénal et d'être délaissées par leur famille du fait de stéréotypes de genre négatifs (ONUDDC 2020).

Selon le rapport de l'organisation mondiale des drogues et des stupéfiants pour 2016 (OICS 2016), le nombre de femmes impliquées dans les infractions liées à la drogue est de plus en plus élevé. Ces dernières décennies, le pourcentage de femmes incarcérées aux États-Unis pour de telles infractions a augmenté de plus de 800 %, le taux d'augmentation étant de 300 % chez les hommes. De plus, la plupart des femmes détenues dans des prisons fédérales du pays le sont pour des infractions non violentes. Ce rapport signale que la situation est similaire en Europe et en Asie centrale où plus de 25 % des détenues ont été condamnées pour des infractions liées à la drogue. En Amérique latine, la population carcérale féminine a presque doublé, et 60 % à 80 % des détenues sont incarcérées pour des infractions liées à la drogue. La prévalence de l'usage de drogues parmi les prisonniers est beaucoup plus élevée chez les femmes que chez les hommes (OICS 2016). Ce rapport présente peu de données pour l'Afrique. Un rapport d'information publié par le consortium International sur les politiques des drogues (IDPC) signale que les politiques de contrôle des drogues ont des conséquences négatives sur les femmes, qu'elles soient productrices, fournisseuses et consommatrices de drogues. La plupart du temps, les femmes impliquées dans la circulation des produits sont décrites comme des passeuses ou des intermédiaires *passives, des suppléantes aux trafiquants masculins*. Les femmes participent également à la culture et la production artisanale à l'échelle des unités familiales. Cependant quel que soit leur niveau de participation à l'économie de la drogue, les femmes sont plus défavorisées que les hommes. En effet, le rapport indique que les femmes occupent des fonctions subalternes ou périphériques en ce qui concerne le trafic des drogues. De plus quand elles sont consommatrices de drogues, elles peuvent être concernées par ces mêmes problèmes. Aussi les femmes usagères de drogues connues des services de police sont celles qui généralement vivent dans des milieux socio-économiques difficiles et font face à des situations de pauvreté (Kensy et al. 2012). Donc les femmes sont susceptibles d'être incarcérées pour la production, le trafic et l'usage tout comme les hommes. Mais elles sont doublement sanctionnées quand elles sont jugées comme contrevenantes, *rôles naturels des femmes dans la société* (Kensy et al. 2012) notamment dans le cas des grossesses sous drogues (Simmat-Durand 2007). En outre, selon l'OICS, les prisons particulièrement dédiées aux femmes sont peu nombreuses dans les régions. Par conséquent, les femmes sont souvent incarcérées dans des

prisons éloignées et cette situation fait qu'elles reçoivent peu de visites. Dans ces endroits où elles sont loin de leurs familles, elles développent beaucoup plus que les hommes des problèmes de santé mentale comme la dépression, des troubles de la personnalité liés à l'addiction, des problèmes d'anxiété...etc (OICS 2016). Au Sénégal, selon un rapport de l'association des juristes sénégalaises (AJS) en 2015, 31% des femmes incarcérées le sont pour trafic de stupéfiants et 16% pour infanticide. Les femmes vivent une grande précarité par rapport aux conditions de détention. Ce rapport préconise entre autres de réfléchir à des alternatives à l'incarcération, à la révision des infractions ciblant les femmes travailleuses du sexe...etc.(HCDH et AJS 2015). En l'absence d'informations sur le traitement juridique des femmes usagères de drogues au Sénégal, nous nous interrogeons sur les effets de la criminalisation des drogues sur les trajectoires des femmes UD au Sénégal.

2.7.2 Femmes et prise en charge des addictions

Des différences par rapport au sexe et au genre ont été documentées en ce qui concerne les expériences d'usages de drogues. Cependant, on constate que les politiques ne tiennent pas toujours compte de ces différences, les interventions étant généralement axées sur le modèle dominant de l'utilisateur masculin. Dans de nombreux pays, les femmes accèdent moins que les hommes à la prise en charge des addictions. La stigmatisation est souvent identifiée comme l'un des freins majeurs pour les femmes lorsqu'elles veulent aller vers les services de réduction des risques. Par ailleurs, certains centres de traitement manquent de services spécifiques pour les femmes pour l'addiction, la santé sexuelle et reproductive, le traitement du VIH mais aussi pour les autres besoins de santé (OICS 2016). Une étude réalisée en 2018 sur les dispositifs d'accueil pour les femmes en France montre qu'il y a deux types de réponses généralement proposées aux femmes, l'une centrée sur la maternité et l'autre tourne autour des vulnérabilités physiques et socio sanitaires chez les femmes en demande d'aide. La première se concentre sur l'accompagnement de la grossesse, la deuxième soutient l'engagement dans les soins et l'accompagnement vers une resocialisation. Cependant seulement environ 2 650 Versus 72 000 femmes identifiées dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ont été reçues dans les 80 dispositifs disponibles en France en 2017 (Mutatayi 2019). En revanche beaucoup de centres de traitement ne proposent pas de garderie ou n'acceptent pas de recevoir les femmes UD avec leur enfants, ce qui constitue un frein à l'accès aux soins. De plus, certains centres de prise en charge ont été mise en place dans les grandes villes, ce qui peut être un facteur d'exclusion pour les usagers de drogues qui

habitent dans des zones éloignées (KENSY et al. 2012; Jauffret-Roustide 2014). Par ailleurs, à notre connaissance, rares sont les recherches menées jusqu'ici sur les inégalités entre les sexes dans le traitement des addictions dans les pays en développement, alors que le traitement de substitution est désormais disponible en Afrique et en Asie. Les premières études menées en Inde, en Malaisie, en Chine et au Vietnam, ont montré que les femmes s'inscrivent de façon moindre que les hommes (Armstrong, 2010; Mohammad et al. 2010; Nguyen et al, 2012; Gu et al. 2012). Une étude récente de Zamudio-Haasa (2016) en Tanzanie a montré qu'une plus grande discrimination envers les femmes qui s'injectent de la drogue les a poussées à se cacher loin des équipes de sensibilisation qui se concentrent sur les zones extérieures où se rassemblent les hommes qui s'injectent des drogues. Sa recherche a permis d'identifier des stratégies programmatiques pour accroître la participation des femmes à la sensibilisation et à leur inscription au traitement méthadone (Zamudio-Haas et al. 2016). Comprendre les facteurs du moindre recours des femmes au niveau du CEPIAD (Lansman 2015) permettrait donc d'avoir des connaissances très utiles pour le Sénégal, mais aussi pour les autres pays d'Afrique de l'ouest qui vont ouvrir des centres de traitement des CDI. Enfin, les problèmes liés aux addictions constituent un enjeu de santé publique au Sénégal. Au-delà, le problème de la drogue concerne l'Afrique et plus largement le monde : sa compréhension est nécessaire pour atteindre en 2030 l'Objectif de Développement Durable 3 (ODD3) des Nations Unies qui est : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

Conclusion

La littérature disponible indique que la situation des femmes UD est peu documentée et mal connue en Afrique. Les femmes sont moins visibles dans les études et dans les structures de soins (les deux aspects étant liés). Les éléments de connaissance issus de plusieurs pays montrent des aspects similaires et des différences en ce qui concerne les expériences de consommation des femmes usagères de drogues. Cependant, les données sont encore parcellaires et cela nécessite de mener des études épidémiologiques et ethnographiques qui se penchent sur les particularités des femmes. Ainsi, les recherches montrent que les femmes UD à travers le monde font face à de multiples discriminations : en tant que femmes (normes sociales), en tant que usagères de drogues (déviantes plutôt que malades), en tant que précaires dans des systèmes inégalitaires. Dans le vécu social des femmes, elles font face à une plus grande stigmatisation et au patriarcat. L'addiction des hommes étant plus individuelle, celle des femmes est souvent liée à la dimension relationnelle avec un partenaire. A cela s'ajoutent des vulnérabilités cumulées (biologiques, psychologiques, sociales et juridiques). Les femmes

peuvent être touchées par le VIH et le VHC ou être en marge de la responsabilité de leurs enfants...etc. En l'absence d'information sur ces questions pour les femmes d'Afrique de l'Ouest, il semble important pour nous de documenter le vécu des femmes usagères de drogues au Sénégal à plusieurs titres à plusieurs niveaux. Que vivent-elles ? Quelles sont les vulnérabilités auxquelles elles font face ? Quels sont leurs besoins psychosociaux ? Quel est leur rapport aux drogues et aux soins ? Quelle est l'accessibilité des interventions mises en œuvre à l'intention des usagers de drogues pour les femmes ?

CHAPITRE 3 : OBJET D'ETUDE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

« Lorsque la recherche en sciences sociales investit un objet, elle va participer du discours social sur cet objet » page 6, (Faugeron et Kokoreff 1999)

3.1. Un objet éminemment social et culturel

3.1.1. Les drogues : définitions et ambiguïtés

Depuis un siècle, le mot « drogue » draine un sens « symbolique » et « imaginaire ». Il existe plusieurs définitions de cette expression selon la période et la perspective où on se situe. Les différentes définitions de ce terme ont beaucoup évolué dans le temps. Il y a plus de 20 ans, Escotado (1995) analysait la charge sémantique du mot « drogue » dans une perspective sociohistorique. Cet auteur a défini la drogue comme l'ensemble des produits psychoactifs utilisés dans de nombreux groupes sociaux pour acquérir et réaffirmer une identité culturelle à travers la magie de leur expérimentation. Selon cet auteur, l'utilisation restrictive du terme « drogue » pour désigner l'univers festif, la médecine, le trafic illicite et la toxicomanie, est récente (Escotado et Gerschenfeld 1995a). Dans le dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances, la drogue est définie comme toute « substance pharmacologique active dans l'organisme » (Richard, Kouchner, et Senon 2001). Dans son livre « Les drogues », Mastracci (2005) montre que cette définition suggère de considérer tout médicament comme une drogue. Selon cet auteur, ce mot était employé dans le langage courant pendant longtemps en France à propos des médicaments. La littérature anglophone utilise encore aujourd'hui l'expression drug pour nommer à la fois les drogues illicites et les médicaments (Mastracci 2005). Mastracci souligne que dans le passé, « les drogues » ont été vues comme des produits ayant des effets bienfaisants. D'ailleurs, les drogues au sens de médicament sont des produits qui peuvent à la fois soigner et être toxiques, les drogues psychoactives partagent en partie cette ambiguïté (Mastracci 2005).

La plupart du temps, les définitions des « drogues » proposées dans la littérature sont issues du champ juridique ou de la toxicologie. On retrouve souvent une classification drogues licites/ drogues illicites en fonction de leur statut légal. Jusqu'aux années 2010, une distinction entre drogues dures et drogues douces qui fait référence à la toxicité, aux risques de dépendance ou aux risques sociaux, est utilisée notamment dans le monde médical (Beck 2005).

Selon Mastracci (2005), au début du 20ème siècle, on assiste à une prise de conscience des effets nocifs de certains produits et le terme drogue va évoluer vers une signification péjorative qui met l'accent sur la « toxicité » et la « dépendance ». La drogue est alors définie comme : «une substance psychotrope naturelle ou synthétique, généralement nuisible pour la santé, (...)

dont l'usage excessif est toxique en raison aussi de la dépendance qu'il crée chez l'utilisateur »²⁹. Cette définition, qui élargit le sens du mot « drogue », fait disparaître les distinctions entre drogues licites (alcool, tabac...), drogues illicites (héroïne, cocaïne, cannabis...) et médicaments psychoactifs (analgésiques, hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs...) (Maestracci 2005). A partir de là, on comprend qu'il n'existe pas « une drogue » mais « des drogues » et c'est pourquoi, dans la suite de ce travail, nous tenterons d'utiliser le pluriel. Par ailleurs, cette ancienne distinction inspirée des conventions internationales se limite à lister des produits et ne permet pas de clarifier les frontières de l'interdit (Maestracci 2005). Elle est très critiquée par le milieu médical qui préfère considérer une « consommation problématique »³⁰. Pour dissiper cette ambiguïté autour de la désignation des produits, Becker (2001) dans son livre « Qu'est-ce qu'une drogue ? », propose les définitions suivantes :

« 1 : La « drogue » (...) ne désigne pas une catégorie scientifique ou pharmacologique. Elle se réfère plutôt à une catégorie qui reflète la manière dont une société a décidé de traiter une substance, elle implique une classification des substances où le terme drogue a un statut ambigu.

2 : La catégorie à laquelle on assigne une substance affecte la manière dont les individus qui la consomment sont traités. Cette catégorie affecte également la façon dont la substance en question agit sur eux.

3 : A partir de là, la solution du problème est de redéfinir le phénomène concerné. Mais cette solution simple n'est pas applicable dans la mesure où le pouvoir de redéfinition est monopolisé par les individus dont les intérêts ne les incitent pas à agir en ce sens. » page 12, (Howard Saul Becker 2001)

Ces propos de Becker montrent que les pratiques de drogues sont fortement déterminées par les contextes dans lesquelles elles se produisent. Ce qui induit que les classifications des drogues sont tributaires de considérations économiques, politiques et culturelles. C'est pourquoi cet auteur rappelle deux étapes de la définition du problème des drogues, comme énoncé par Howard Becker dès 1999. La première étape est celle de la *réputation* qui est construite à partir du discours étic (médical, scientifique, pharmaceutique) qui va définir la nocivité des substances. Ensuite intervient la deuxième étape qui est celle de la *classification sociale* qui découle d'une catégorisation politique et juridique (classification qui dépend de la criminalisation de l'usage ou non). Ces deux étapes mettent en lumière que c'est l'Etat qui détient le monopole de la définition des drogues (Howard Saul Becker 2001). Au Sénégal, le

²⁹ Définition du Larousse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/droque/26827>

³⁰ https://fr.wikipedia.org/wiki/Convention_sur_les_substances_psychotropes_de_1971

site du Conseil Interministériel de Lutte contre les Drogues (CILD) indique que le terme *drogue* : « recouvre aussi bien les drogues illicites comme le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne que les drogues licites comme la nicotine, l'alcool ou les médicaments. »³¹. Cette catégorisation a un caractère ambigu car dans la communauté musulmane fortement représentée au Sénégal la consommation d'alcool est prohibée et donc relève de l'interdit, de l'illicite. Donc nous retiendrons ici qu'il existe plusieurs définitions des drogues qui ne coïncident pas, mais la plus courante (de sens commun) est celle définie par l'État en fonction d'une prohibition légale ou sociale, ces interdits étant différents d'une société à une autre, d'une époque à une autre.

3.1.2. De la dépendance à l'addiction

La dépendance est généralement définie par les médecins comme « la perte de liberté de s'abstenir ou la perte de contrôle ». Sa définition est très proche de celle de la notion d'addiction. Mais depuis une trentaine d'années, le terme *addiction* est de plus en plus utilisé en lieu et place de celui de *dépendance*. Le terme *addiction* désigne : « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit de conséquences négatives » (Laqueille et Liot 2009). L'addiction se caractérise alors par l'aspect chronique d'un comportement et par une détresse émotionnelle lorsque l'individu n'arrive pas à accéder à son produit. Pour expliquer la différence entre dépendance et addiction, Saïet (2019) souligne que la dépendance peut renvoyer à une multitude d'objets de passion sans pour autant induire une addiction : « Chacun peut en effet être dépendant de quelque chose (...) nous sommes après tout dépendants de l'air que nous respirons mais non pas des addicts. La dépendance « notamment « affective peut être associée à n'importe quel objet ou situation » page 9, (Saïet 2019). Il rajoute que l'introduction de la notion d'addiction dans le champ de la psychopathologie vise aujourd'hui à intégrer la diversité de l'évolution des usages et va au-delà de la notion de dépendance aux produits. Dans ce sens, le concept d'addiction regroupe à la fois le descriptif théorique, thérapeutique et institutionnel avec la mise en place des structures spécialisées dans la prise en charge des addictions. Ce décentrage conceptuel permet de ne plus se focaliser sur les substances et suggère de se situer dans une approche holistique des individus qui en usent pour ainsi avoir une compréhension globale des problèmes qui les touchent (Saïet 2019). Par ailleurs, selon Ades (2020) les définitions des termes *addiction* et *dépendance* sont pratiquement similaires. Aujourd'hui on parle souvent

³¹ <http://www.cild.gouv.sn> .

d'addictions comportementales ou de dépendance sans substance pour élargir le concept « à tous les comportements humains associant recherche de plaisir, dyscontrôle, conséquences éventuellement négatives » (Adès 2020). La notion d'addiction ne se limite pas seulement aux drogues mais s'étend à d'autres problèmes comme le jeu pathologique, la dépendance alimentaire, l'utilisation excessive d'Internet et du téléphone portable, l'achat compulsif... etc. Dans le cadre de notre travail, nous allons privilégier l'utilisation de la notion d'addiction pour une approche holistique du problème des drogues.

3.1.3. De la drogue à la catégorie sociale des drogués

D'un point de vue anthropologique, si l'on se réfère à la socio-historique des drogues évoquée d'emblée, on se rend compte que ce mot revêt successivement une double dimension : celle qui « guérit » et celle qui « détruit », le « médicament » et le « stupéfiant », le « remède » et le « poison »... Autant d'analogies présentes dans les manuels d'anthropologie, ce qui témoignent de la complexité des usages de drogues qui évoluent à travers les sociétés et les cultures. C'est dans ce sens que Le Rest (2001) affirme que les drogues et les questions liées à ses usages relèvent éminemment d'une production culturelle et sociale : « Tout ce que fait l'homme est culturel, il met toujours en scène quel que soit sa pratique, des manières de s'y prendre, des manières de faire, des savoirs s'y prendre » (Le Rest 2001). La notion de drogues est donc indissociable d'une construction sociale des usagers. Cet auteur rapporte que dans l'histoire des drogues jusqu'à nos jours, les hommes ont développé un savoir-faire pour fabriquer des substances synthétiques à partir de plantes naturelles pour pouvoir « se droguer ». Cet auteur souligne la manière dont les produits ont été élaborés et traités de sorte à produire des effets (sédatifs, stimulants, tranquillisants, hypnotiques, perturbateurs, analgésiques...etc.) sur le comportement humain. En dehors de l'aspect fabrication, il évoque également la place qu'occupent les drogues dans la vie sociale des individus qui en usent. La consommation des drogues se joue à travers des rituels, des expérimentations et des moments sociaux favorables à son utilisation. La façon dont les personnes utilisent les drogues dans l'espace et dans le temps est révélatrice des relations entre individus et sociétés. Les pratiques des drogues évoluent ainsi au gré du temps et de l'émergence de nouveaux produits (Le Rest 2001).

Des chercheurs en sciences sociales ont montré qu'en France par exemple la recherche a participé à définir les problèmes de drogues, à créer des grilles de codage et des catégories opératoires (Faugeron et Kokoreff 1999). Selon ces auteurs, tout objet social est construit par un ensemble de connaissances. Les caractérisations des drogues découlent aussi de représentations et de perceptions qui émanent de la production des savoirs empiriques ou du

sens commun. La recherche et notamment les enquêtes épidémiologiques qui ont révélé que les pratiques d'injections de drogues sont à la base d'épidémies concentrées de VIH et d'hépatites ont contribué à la construction de ces catégories. Ce sont les catégories définies à partir de la recherche en santé publique qui sont les plus populaires et les plus utilisées (Faugeron et Kokoreff 1999). Ce processus de construction sociale des drogues est également observé au Sénégal avec l'importation des politiques de réduction des risques. Les enquêtes épidémiologiques qui ont été faites ces dernières années grâce à la coopération Nord/ Sud (CRCF/CNLS-ANRS/Expertise France) ont marqué un tournant décisif dans l'objectivation de la présence des consommateurs de drogues dures au Sénégal et dans l'identification des problèmes de santé des usagers (Leprêtre et al. 2015). Mais ces données demeurent parcellaires et n'incluent pas les spécificités des différentes catégories sociales concernées.

3.1.4. Les « consommateurs de drogues injectables » : enjeux d'une catégorie

Parmi ces catégories sociales, l'une d'entre elles a émergé dans le discours public à partir de la crise du VIH et de l'introduction des politiques de RDR. Elle n'est pas une simple description d'une pratique de consommation, comme cet extrait d'entretien avec un addictologue du CEPIAD permet de le comprendre³².

« Nous au Sénégal, on a utilisé ce concept de CDI pour des raisons bien précises... parce que être leader ou initiateur de quelque chose ce n'est pas évident...parce que euh... nous quand on démarrait au Sénégal, le terrain était vierge, il y avait personne qui travaillait dans la problématique, sinon c'était la répression. Sinon aucun médecin, en tout cas aucun professionnel de la santé n'était intéressé par la problématique de l'usage de drogues et c'était des gens qui étaient laissés aux psychiatres et ils avaient que les neuroleptiques et les benzodiazépines pour les calmer et là aussi c'est de la répression parce qu'il fallait vraiment les faire taire. Il fallait les endormir, il fallait les mettre en camisole chimique comme on dit. Donc quand on a commencé, il fallait créer une sorte d'électrochoc. Nous on disait même il fallait qu'on lève le voile par rapport à la consommation de drogues. Donc il fallait qu'on ait une porte d'entrée au niveau médical... Et je pense que l'approche la plus offerte ce n'était pas l'approche psychiatre, l'approche santé mentale (drogues =folie) c'est des trucs qu'il faut dépasser... mais l'approche qui s'offrait à nous c'était l'approche VIH...parce qu'on était vraiment en plein dans la lutte contre le VIH et il fallait avoir des données par rapport au VIH, des cibles ... etc. Et on s'est dit mais le lien qui est le plus évident entre la drogue et le VIH c'est l'injection et donc il fallait cette approche-là à travers l'injection. Mais vous savez qu'au Sénégal comme partout en Afrique de l'Ouest il n'y a pas beaucoup d'injecteurs et donc si on se focalisait seulement sur les injecteurs peut-être qu'on aurait maximum 100.

³² Entretien avec un addictologue du CEPIAD en 2020

Est-ce que ça aussi ça peut susciter un programme ? Est-ce que ça peut intéresser l'autorité ? Donc on a voulu être plus ouvert, au lieu de parler des drogues de façon générale euh... parce que beaucoup de gens consomment les drogues mais ne sont pas pour autant plus exposés par rapport au VIH. Au lieu de rester concentré sur l'injection qui va concerner qu'une minorité, on a voulu étendre pour ratisser beaucoup plus large en parlant de drogues injectables c'est-à-dire que c'est des drogues qui peuvent être injectées et qui le plus souvent ne sont pas injectées. Mais qui avec le risque de passage à l'injection peuvent exposer les gens au VIH. Voilà donc l'approche... c'est pourquoi on a parlé de drogues injectables parce qu'il fallait attirer l'œil des décideurs, des autorités... et là il fallait montrer le lien par rapport au VIH et ça l'étude UDSen l'a montré et d'autres études faites dans d'autres pays et c'est ça qui nous a permis de développer le programme de mettre en place le CEPIAD, d'avoir la méthadone...etc. Mais en ouvrant le CEPIAD on s'est rendu compte ce n'est pas seulement les drogues injectables et maintenant on prend en charge les problèmes d'alcool, de cannabis... etc. Mais l'utilisation du terme CDI c'était juste de façon stratégique parce qu'on venait d'être les premiers à commencer dans la région et il fallait quelque chose qui pointe le problème de façon assez spécifique » Addictologue CEPIAD

Ces propos recueillis auprès d'un des addictologues du CEPIAD expliquent les logiques qui sous-tendent le choix de l'utilisation du concept de CDI mis en avant dans le cadre de la réponse. On comprend donc que l'appellation consommateurs de drogues injectables (CDI) ou Usagers de drogues injectables (UDI) renvoie aux personnes qui consomment des drogues que l'on peut s'injecter, des opiacés (héroïne, tramadol...) et de la cocaïne/crack quel que soit le mode d'usage. Au Sénégal, les enquêtes épidémiologiques ont fait émerger cette catégorie et ont permis de faire connaître, découvrir leurs problèmes et leurs besoins de santé. Comme dans d'autres pays, ces études ont montré que cette population est particulièrement vulnérable au VIH. La séroprévalence est jugée 4 fois plus élevée qu'en population générale (Leprêtre et al. 2015). L'usage de drogues injectables est décrit comme minoritaire mais est la cause de nombreux décès de consommateurs. Dans une logique de prévention ciblée, le Fonds Mondial a soutenu les acteurs politiques de la riposte du VIH au Sénégal pour permettre l'implémentation des stratégies de réduction des risques. Le Conseil national de lutte contre le sida (CNLS) et le Centre de recherche (CRCF), en collaboration avec des partenaires du Nord et d'Afrique (Esther, l'ANRS, l'association Hasnouna à Tanger, l'association PROSES, Montreuil) vont rendre possible et accompagner la mise en place du CEPIAD, modèle pilote de la prise en charge des consommateurs en Afrique de l'Ouest (Idrissa Ba, Leprêtre, et Maynard 2015; Sayag 2016). Une fois que cette catégorie de CDI est rendue visible, elle va légitimer et alimenter les plaidoyers en faveur de la mise en œuvre des politiques de réduction des risques. Une approche basée sur la santé et les droits humains est promue par la commission ouest-africaine des drogues, la West Africa Commission on Drugs (WACD 2014). Dans cet

environnement marqué par de nouveaux défis politiques, l'Etat sénégalais à travers le CILD va élaborer un plan stratégique national 2016-2020 visant à contribuer aux stratégies de RDR. Ce plan prévoit d'améliorer la prise en charge médicale et psychosociale des CDI notamment celles des femmes (CILD 2016b). Ceci soulève plusieurs questions : ce terme est-il représentatif des pratiques d'usages des femmes au Sénégal ? Est-il efficace en termes d'intervention spécifique aux femmes ?

3.2 Les drogues au Sénégal : un objet peu « genré »

3.2.1. Les femmes et les drogues dans les productions médiatiques

Du côté des productions médiatiques, les saisies des drogues et les sujets portant sur le trafic sont largement débattus par le grand public. Les médias s'appuient sur les arrestations, les rapports de police, les saisies record pour délivrer l'information. La plupart du temps, ce sont les hommes qui sont cités dans les affaires de saisie de drogue et d'usages de produits psychoactifs traités par la presse. Cependant, cette dernière décennie, il a été observé dans les faits rapportés que les femmes sont de plus en plus concernées par la circulation des produits et l'usage de cannabis, de cocaïne/crack et d'héroïne³³. Ces derniers temps, dans la presse écrite, un produit appelé « tabac » (mélange de cannabis, tabac et de soude) est décrite comme étant utilisé par les femmes au Sud du pays. Il se présente sous forme de poudre, vendu en petits sachets en cachette à Sédhiou. Ce produit considéré comme une drogue à cause de ses effets anesthésiants est utilisé comme aphrodisiaque pour les femmes qui l'introduisent dans leur sexe³⁴. En 2019, certains médias commencent à parler d'une féminisation de la consommation de cocaïne et de l'héroïne et alertent sur les prescriptions abusives telles que celle du tramadol³⁵.

A Dakar, deux histoires de femmes décédées des suites d'une overdose ont été particulièrement médiatisés : une mannequine et une directrice d'agence, fille de milliardaire. Dans ces deux affaires, les milieux du jet set sénégalais sont indexés dans la circulation et la consommation de produits. En juillet 2015, M.MB est découverte décédée dans un appartement au centre-ville. L'autopsie révèle une mort par overdose de cocaïne, elle est abandonnée par des amis qui se sont enfuis quand elles ont compris ce qui s'est passé. Deux suspects ont été arrêtés dans cette

³³ (Nouvelles de Dakar.com 2018)

³⁴ (Le monde 2019)

³⁵ (emédia 2019)

affaire et inculpés pour homicide involontaire et non-assistance à personne en danger³⁶. L'affaire H.T intervient 5 ans plus tard. Les médias rapportent qu'elle est morte d'une overdose de cocaïne lors d'une soirée privée aux Almadies, quartier huppé de Dakar dans la nuit du vendredi 3 Avril au samedi 4 Avril 2020. Six de ses amis (enfants de milliardaires) sont arrêtés dans cette affaire et placés sous mandat de dépôt³⁷



Figure 5 Affaire Hiba Thiam,³⁸

3.2.2 L'émergence des sciences sociales dans le champ des drogues au Sénégal

Les premières recherches au Sénégal ayant pour objet les drogues sont réalisées en milieu hospitalier et font référence à la psychopathologie. Le problème des drogues est alors relié aux mutations sociales en Afrique qui ont provoqué une urbanisation croissante après les indépendances. Ces dynamiques socioculturelles entraînent l'adoption de conduites répréhensibles telles que la consommation de drogues et la délinquance, qui sont associées... (Gueye et Omais 1983; Collomb, Diop, et Ayats 1962). Au Sénégal, il y a une trentaine d'années, les travaux de J.F Werner ont rapporté le processus de diffusion de la consommation de drogues dans la banlieue de Dakar. Dans les années 1990, l'accent est mis sur l'offre et la

³⁶ (seneweb 2015)

³⁷ (Lequotidien 2020)

³⁸

https://www.google.com/search?q=affaire+Hiba+Thiam&rlz=1C1SQJL_ftSN828SN828&sxsrf=ALeKk01JLBYHVngpZuHOjE16G7q4KEkIqQ:1593525709786&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiH3fzu2anqAhWEC-wKHD-eCuc4ChD8BSgBegQIDBAD&biw=1366&bih=608

demande de stupéfiants, le trafic, les politiques répressives. J.F Werner publie les premières ethnographies sur les produits consommés en contexte d'urbanisation (Werner 1991b; 1991a; 1992; 1993a). Il faut attendre les années 2000 pour que des travaux menés au département de sociologie de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) s'intéressent peu à peu aux drogues. Les travaux vont porter essentiellement sur la toxicomanie, l'économie du cannabis, l'usage des produits psychotropes (alcool, pions, inhalant, cannabis, cocaïne, héroïne...etc.), entre licite et illicite, et plus récemment sur la médicalisation de l'usage de drogues (Ndiaye 2007; B. Tine 2008; Ndione 2017).

Dans les travaux sus-mentionnés qui font état des consommations, le cannabis l'emporte parmi les substances consommées et décrites, puis l'alcool, les médicaments psychotropes (pions, roches), les diluant cellulosique et la cocaïne. L'héroïne est très rarement citée, à l'exception des travaux de Ndione (2017). Le cannabis est considéré comme utilisé par les femmes depuis longtemps. Dans la thèse de Victor Diatta, les femmes sont décrites comme détenant le monopole de la production de cannabis dans les îles Karones en Casamance, mais aucune description de consommation féminine de drogues dures n'est faite (Diatta 2012).

Par ailleurs, la plupart de ces travaux font référence à l'anthropologie urbaine et à la sociologie de la déviance. On retrouve un usage fréquent du concept de marge et déviance (B. Tine 2008; Ndione 2017). Les usagers de drogues sont décrits comme « des drogués » et des « intoxiqués ». Cette marginalité est double, l'usage étant associé à des comportements de délinquance (délits de vol, d'agression, de prostitution, de revente de drogues pour satisfaire la consommation). La thèse de Ndione (2017) élargit l'approche à d'autres concepts comme celui de médicalisation. Son ethnographie des consommateurs de drogues injectables à Dakar peut être considérée comme précurseur sur l'accompagnement de la mise en œuvre d'un dispositif de prise en charge pour les usagers de drogues avec l'introduction des politiques de Réduction des risques. Ce travail décrit et analyse la manière dont cette population d'usagers de drogues va amorcer « *un processus de dé-marginalisation sociale* » avec l'arrivée des politiques de Réduction des risques. Selon Ndione (2017), grâce au dispositif du CEPIAD, les CDI sont passés d'une catégorie de « déviants » à une catégorie de « malades ». Ce nouveau statut les inscrit « *dans un rapport de domination vis-à-vis des soignants* » et induit de nouvelles perceptions comme celle de considérer le traitement méthadone délivré comme une nouvelle dépendance. Son travail nous montre comment s'est construit un milieu de CDI (consommateurs d'héroïne, cocaïne/crack) à Dakar. Il intègre les disciplines de l'anthropologie de la santé et la sociologie du risque pour penser les drogues au Sénégal. En plus de la notion de déviance, il fait référence

au concept de médicalisation pour analyser comment un problème social est désormais traité comme un problème de santé.

Peu à peu, d'autres études vont s'intéresser à cette nouvelle catégorie autour de laquelle s'organisent de nouvelles interventions. Au fur et à mesure que la réponse médicale se développe, apparaît progressivement une réponse qu'on peut qualifier de communautaire (Stengel et al. 2018a). L'intégration des politiques de réduction de risque est soutenue par des stratégies de sensibilisation par les pairs qui font de « l'*aller vers* » les populations les plus vulnérables et les plus cachées en vue d'améliorer l'accès aux soins. La stratégie *Outreach* consiste à délivrer des services aux usagers de drogues dans les milieux où ils se trouvent. L'objectif de cette stratégie est de sensibiliser sur les comportements à risque, de distribuer le matériel de réduction des risques, de servir de médiateur social pour un environnement favorable à la mise œuvre des activités de RdR et aussi d'inciter au recours aux soins. Les pairs sont dès lors choisis en fonction de leur expérience d'usage de drogues et de leur capacité à mener des interventions de proximité. Les résultats de cette étude suggèrent que la sensibilisation par les pairs-éducateurs joue un rôle capital dans l'acceptabilité des politiques de RDR à Dakar. Cette stratégie a permis une certaine responsabilisation qui favorise un processus de dé-stigmatisation des personnes qui consomment les drogues. L'enrôlement des pairs est reconnu comme efficace dans le processus de rétablissement des usagers de drogues (Stengel et al. 2018a).

3.2.3 Le genre de l'objet ? Le féminin peu visible

Dans les études que nous avons citées ci-dessus, il y a peu d'informations sur les femmes usagères de drogues. Certains auteurs l'abordent sans pour autant traiter le sujet de manière spécifique et tous soulignent la faible proportion de femmes dans leur population d'études. Les ethnographies ainsi que les recherches techniques concernent davantage d'hommes que de femmes, à l'exception de celle de JF Werner.

Dans son livre « Marges, sexe et drogue à Dakar », JF Werner décrit les consommateurs de drogues à Pikine. Cette étude ethnographique, issue d'une thèse en sciences sociales « Déviance et urbanisation au Sénégal » (Werner 1991), par un auteur qui connaît la banlieue dakaroise depuis déjà de nombreuses années, montre comment l'urbanisation croissante au Sénégal a conduit à marginaliser certaines populations. Il décrit les comportements et le milieu des marginaux (drogués, dealers, prostitués...etc.) et fait le constat qu'il y a peu de femmes qui utilisent des substances psychotropes (*Yàmbaa*, pions, alcool). 96,5% des personnes de son échantillon sont de sexe masculin. Les 7 femmes auprès desquelles

il a enquêtées ont des âges compris entre 20 et 30 ans et sont décrites comme des mères célibataires et le plus souvent des prostituées. Il considère que les femmes sont sous-représentées dans son étude parce que leur consommation est beaucoup plus stigmatisée que celle des hommes. Il souligne également que la majorité des usagers de drogues enquêtés vivent majoritairement dans des situations précaires (petits commerce, ouvriers), ou parfois fonctionnaires ou employés, réellement éprouvés par la situation économique et les difficultés liées au marché de l'emploi (Werner 2000). Cette ethnographie de Werner est particulièrement intéressante car il s'attache à nous faire découvrir l'histoire d'une jeune femme usagère de cannabis et d'alcool, qu'il nomme M. dans sa recherche. Il raconte ses expériences de vie, d'usages, son rapport à la santé et à la société qui la stigmatise. Il souligne également que le travail ethnographique dans une telle société devrait contribuer à rendre visible la figure de la femme usagère de drogue, vouée à l'invisibilité parce que fortement stigmatisée. Son travail sert indéniablement de point de départ pour questionner l'existence d'autres profils de femmes et ainsi élargir et aborder la question des usages féminins de drogues injectables.

Ndione (2017) retrace à travers une perspective sociohistorique comment l'usage de drogues est un fait qui concerne de plus en plus les femmes. Il rapporte que les rapports du comité interministériel de lutte contre les drogues (CILD) attestent qu'au début des années 2000, environ 20% des usagers de drogues reçues dans les services de police sont de sexe féminin. La plupart consomment des sédatifs. Les données de la clinique psychiatrique du CHU de Fann montrent que le problème de l'usage de drogues au féminin prend de plus en plus de l'ampleur. Les femmes traitées à l'hôpital viennent de familles riches ou ont effectué un séjour en Occident. Le nombre de femmes interpellées par la police ne cessent de s'accroître (Ndione 2017). Cependant, dans son étude on peut noter également que les femmes sont sous-représentées. Parmi les 23 biographies d'UD qu'il décrit, figurent seulement 5 femmes UD. Leur consommation d'héroïne et de cocaïne/crack est mise en relation avec le travail sexuel qu'elles exercent pour pouvoir financer l'achat du produit. Il qualifie les femmes de « population cachée » du milieu des usagers de drogues à Dakar. Par ailleurs, son travail a le mérite de livrer quelques informations quant aux activités personnelles et professionnelles des femmes UD, mais ne rend pas compte des différents profils au sein de cette même catégorie ni des multiples facteurs sous-jacents aux trajectoires des femmes.

En 2018, l'étude de Stengel, en collaboration avec l'ANCS, a montré que les pairs médiateurs qui sont pour la plupart des hommes âgés, avaient des difficultés à atteindre les femmes et les jeunes. L'étude suggère de diversifier les profils en fonction de l'âge et du sexe dans le

recrutement des pairs qui interviennent dans les activités *Outreach*. Cependant, cette recherche n'interroge pas les stratégies de l'équipe de terrain pour un repérage plus efficace de ces populations, qu'il décrit comme les moins visibles du milieu des CDI (Stengel et al. 2018a)

En résumé, les travaux disponibles abordent la plupart du temps, le modèle de la femme UD prostituée, qui empêche de regarder ailleurs et de rencontrer d'autres profils et images de femmes ayant des rapports particuliers avec la drogue et des expériences singulières qui méritent de l'intérêt. Ceci nous conduit à interroger cette image stéréotypée qui pourrait cacher divers profils de femmes UD.

3.2.4. L'émergence de la question du genre dans les études en sciences sociales au Sénégal

A l'époque des indépendances, le discours scientifique sur la condition féminine en Afrique était marginal, alors que les combats portant sur le développement et la renaissance culturelle de l'Afrique mobilisaient plus d'attention. Par ailleurs, les romans africains constituent une source documentaire non négligeable qui raconte les constructions d'un imaginaire africain sur les rapports de genre. Dans cet ensemble de matériau, les écrits masculins ont été les premiers à traiter des discriminations faites aux femmes. Cependant, nombre d'entre eux se sont appesantis sur les « dangers de la modernité et de l'émancipation pour les femmes », alors que les œuvres des auteures femmes d'Afrique ont su exprimer les problèmes spécifiques qui touchent les femmes africaines tels que la polygamie, l'excision, l'injonction à la maternité (Locoh 2007). Qui de mieux pour comprendre et exprimer les problèmes les concernant que les femmes elles-mêmes ? À titre illustratif, le roman « Une si longue lettre » de Mariama Ba a abordé de manière très large le statut de la femme africaine dans la société sénégalaise, discutant de la polygamie à l'éducation, et la condition de la femme africaine (Bâ 1987). Cependant dans ce narratif sénégalais, on parle très peu de l'usage de drogues au féminin. A notre connaissance, l'un des rares romans à ce sujet est « le baobab fou » de Ken Bugul qui est une œuvre autobiographique (Ken Bugul 1996). Après une enfance difficile au Sénégal marquée par l'abandon de sa mère à l'âge de 5 ans, Ken Bugul part pour la Belgique après avoir réussi au Baccalauréat. A partir de là, elle est perdue, et sa vie bascule lorsqu'elle tombe amoureuse d'un étudiant belge. Elle avorte d'une grossesse non désirée et arrête ses études, entre dans une crise identitaire qui va la mener à la drogue et à la prostitution. Dans ce roman, Ken Bugul relie son comportement déviant à un besoin de se défaire des tabous traditionnels qui pèsent sur les femmes dans les sociétés africaines. La découverte de la drogue s'inscrit dans le contact avec un autre monde et la construction d'une nouvelle identité de femme émancipée. Le personnage

bouscule le stéréotype de la femme africaine soumise, pétrie de décence, en adoptant un mode de vie déviant que l'on peut interpréter comme une forme de défiance vis-à-vis des valeurs africaines traditionnelles. Dans son roman, Ken Bugul parle de son intimité, de son corps et de la drogue qui l'a menée à la prostitution : « Avec la drogue, je découvris le monde des trafiquants, des boîtes de nuit et de la prostitution, les nuits veillées et les journées de sommeil. » page 149, (Ken Bugul 1996)

Du côté du matériau scientifique, les discours des chercheuses africaines et militantes féministes ont projeté les femmes au cœur du débat sur la modernité au Sénégal. Ces femmes militantes proposent de décrire la complexité des situations des femmes en tenant compte des variables de sexe, de classe, de race, de religion et même de caste. Au Sénégal, le sujet du genre émerge dans la recherche à partir de 1975. La question du genre est donc mobilisée pour analyser des thématiques qui tournent autour de « femmes, genre et développement ». Dans un premier temps, il s'agissait d'encourager les chercheuses africaines à porter elles-mêmes les questions qui les touchent dans une perspective africaniste face aux chercheuses venues d'occident pour investir ce champ. C'est ainsi que l'Association des femmes africaines pour la recherche sur le développement (Afarid) a été créée en 1977 à Dakar. Le Codesria à Dakar est également l'un des premiers à s'intéresser aux questions de genre, depuis sa création en 1996. L'intérêt pour les questions de genre est récent à l'université Cheikh Anta Diop. Les études autour de cette notion au Sénégal ont réellement pris de l'essor avec la mise en place d'un laboratoire Genre³⁹ de l'Institut Fondamental d'Afrique Noire (IFAN) en 2004. Puis progressivement, d'autres laboratoires de recherche vont mettre l'accent sur les recherches féministes et vont s'interroger notamment sur la place de la femme dans la société africaine. On peut citer entre autres : le laboratoire Femmes, société et culture de la formation doctorale « Philosophie et rationalités », l'école doctorale Études sur l'homme et la société (et.ho.s) (Fall Sokhna et Thiéblemont-Dollet 2009). Les axes qui cristallisent le plus d'attention à ce propos s'articulent autour de : l'économie, l'éducation, la santé, et les violences faites aux femmes. La perspective du genre au Sénégal reste essentiellement une approche féministe, comme l'avancent Fall et Thiéblemont-Dollet :

« Ainsi la plupart des chercheurs-es entendent-ils le genre comme les rapports sociaux de sexe qui déterminent les statuts et les rôles sociaux des êtres humains dans une société donnée, tout en rappelant que le terme lui-même

³⁹ Ce laboratoire a été créé avec le soutien du Programme des Nations-Unies pour le Développement (pnud) et du Centre de recherches pour le développement international (crdi) et est administré par la sociologue Fatou Sarr.

renvoie aux questions et aux revendications posées par les femmes, du fait de leur position défavorable : féminisation de la pauvreté, accès réduit à l'éducation, accès limité au domestique, etc. Il semblerait donc que l'on se situe davantage dans une approche femmes que dans une approche ayant trait au genre (...). Même si les chercheuses sénégalaises ont une connaissance très fine de ce qui se fait ailleurs, la question ne peut pas, selon elles, se poser (encore ?) dans les mêmes cadres conceptuels, non seulement en raison de la situation effectivement précaire de nombreuses femmes et des stratégies de survie qu'elles développent pour compléter les revenus de leur famille, mais aussi en raison de critères culturels autres qu'elles défendent (maternité, famille, soins aux personnes, etc.)⁴⁰

Dans le champ de la recherche en santé, la notion de genre est introduite vers les années 1980. En Afrique, de nombreux projets de développement sont financés par la Banque Mondiale, le Fonds Monétaire internationale (FMI) et l'agence américaine pour le développement (USAID). Parallèlement, l'OMS a établi un calendrier international en ce qui concerne la santé. Des réformes vont suivre dans le secteur de la santé et vont créer de nouveaux rapports de pouvoir. Les chercheurs vont dès lors s'intéresser aux questions de décentralisation, de privatisation, de gestion participative, d'inégalités d'accès aux soins (Saillant et Boulianne 2003). Ces dernières décennies, des travaux de l'université de Dakar se situent dans ce questionnement sur les femmes pour analyser les questions de santé reproductive et des expériences de maternité. La thèse de Diallo (2018) par exemple analyse l'offre des méthodes de planifications familiales, soulève de nouvelles représentations autour de la gestion de la fécondité et pose le débat autour d'une offre appropriée qui répond aux besoins des hommes et des femmes. Les questions de genre sont dès lors intégrées dans la définition de la qualité des services de santé (Diallo 2018).

Dans le champ du VIH, certaines analyses vont porter sur la manière dont les rapports inégaux par rapport à la sexualité, au mariage et la famille jouent un rôle déterminant dans les expériences procréatives (Desclaux, Msellati, et Sow 2011). La thèse de Sokhna Boye décrit essentiellement les conditions d'allaitement des mères séropositives avec des analyses portant sur les questions de prise en charge et d'accès aux soins des femmes. Son étude montre que les femmes rencontrent beaucoup de difficultés sociales et financières pour alimenter leurs enfants. Les mères séropositives font généralement face à une culpabilité et une stigmatisation du fait du discours médical sur l'importance de l'allaitement maternel et des représentations négatives autour du lait artificiel. Son travail met en lumière les multiples logiques qui sous-tendent le choix des femmes en matière d'alimentation infantile face au poids des normes (Boye 2016).

⁴⁰ (Fall Sokhna et Thiéblemont-Dollet 2009)

Cependant aucune de ses recherches portant sur les femmes dans la catégorie des « population clés » pour le VIH n’a interrogé les expériences de consommation de drogues des femmes ou la question de leur prise en charge. Ce faible intérêt sur ces questions dans la recherche académique traduit une invisibilisation des femmes usagères de drogues et requiert d’ouvrir la perspective sur cette réalité sociale, très peu documentée.

3.3 Problématique

En 2011, l’étude ANRS 12243 (enquête UDSen) réalisée par le Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge clinique (CRCF), estime que les consommateurs de drogues injectables (CDI) dans la région de Dakar sont au nombre de 1324. Sur 507 CDI qui ont été interrogés et examinés au cours de l’enquête, 5,2% vivent avec le VIH, 23% sont atteints de VHC. Les prévalences du VIH et du VHC sont dix fois plus élevées qu’en population générale. Les femmes incluses dans l’étude sont moins nombreuses que les hommes (69/506) et consomment surtout l’héroïne et le crack (respectivement 79% et 46%). La plupart des femmes qui ont été interrogées dans cette étude sont à la fois consommatrices de drogues et travailleuses du sexe (TS). L’enquête qualitative estime qu’il y a un lien entre le développement de la consommation de crack et d’héroïne au Sénégal et la mobilité des usagers européens, notamment dans les zones touristiques comme Mbour et la Casamance et parmi les personnes d’origine africaine ayant vécu en Europe (Leprêtre et Ba 2013).

Pour répondre aux besoins de santé et de prévention des consommateurs de drogues, l’ouverture d’un centre de prise en charge s’est imposée. Une structure spécialisée, le CEPIAD, a été créée et inaugurée le 1er Décembre 2014. C’est le premier centre de soins pour les consommateurs de drogues de l’Afrique de l’ouest. L’offre de soins du CEPIAD comprend le traitement de substitution à la méthadone (TSO), la prise en charge addictologique, somatique, psychiatrique des dépendances, le traitement et le dépistage du VIH, des hépatites B et C, des IST et de la tuberculose. En 2016, le CEPIAD a ouvert 739 dossiers médico-sociaux, les demandes de prise en charge les plus courantes sont pour l’héroïne et le cannabis.

Ensuite, d’autres substances font l’objet de demande principale de prise en charge, à savoir l’alcool, le crack, le tabac et diverses associations. Les femmes sont encore très minoritaires, avec 52 ouvertures de dossiers, contre 687 chez les hommes (CEPIAD 2016). Parmi celles qui ont été identifiées pendant l’enquête UDSen, très peu ont accédé au CEPIAD.

Depuis 2016, cette prise en charge est soutenue par un projet de recherche CODISEN (étude de Cohorte de Consommateurs de drogues Injectables au Sénégal) sur financement de l’ANRS,

avec comme objectif principal de proposer un modèle de soins et de prévention validé et adapté aux CDI et aux comorbidités. Il associe des volets clinique, addictologique et un volet socio-anthropologique. Ce dernier volet aborde les différences de perceptions de la stratégie « Test and treat » et des pathologies traitées entre hommes et femmes. Toutefois ces enquêtes n'abordent pas tous les facteurs expliquant les différences de fréquentation du CEPIAD entre hommes et femmes. Ces différences pourraient être dues au fait que les femmes UD sont souvent TS et ont peut-être recours à d'autres services spécifiques aux TS ; aux grossesses et à la prise en charge par des services de santé mère-enfant ; au fait que les femmes peuvent dépendre de l'attitude du partenaire pour avoir recours à une structure de soins. Ces différents facteurs peuvent influencer les décisions successives de recours aux soins qu'il faut examiner non pas au coup par coup, mais dans leur succession qui forme des trajectoires.

En l'absence d'études sur ce sujet, cette thèse se propose d'examiner les trajectoires de consommation et de soins des femmes fréquentant ou non le CEPIAD, compte tenu des prises de risques, des situations de grossesse et d'autres facteurs pouvant influencer sur les recours. Nous essayerons de faire ressortir les spécificités féminines de l'usage des drogues et des dispositifs de soins. Nous tenterons d'interpréter le facteur genre pour essayer de voir comment ce dernier détermine le rapport à l'usage de drogue, aux risques, aux soins et à la santé.

3.4 Questions de recherche

Nous posons une variété de questions de recherche autour de trois thématiques :

1- Trajectoires et vie de femmes avec drogues

Dans une société sénégalaise marquée par le poids des normes, comment les femmes elles-mêmes rendent-elles compte de leurs histoires de vie pour construire leurs identités et donner du sens à leurs problèmes d'usages de drogues ?

Les trajectoires de vie des femmes (fréquentant le CEPIAD ou non) sont-elles uniformes ou variées en fonction des produits consommés et des contextes ?

Quelles sont les particularités de l'usage féminin de drogues au Sénégal ? Parmi les femmes accédant au CEPIAD, les trajectoires sont-elles courtes (consommation de drogues injectables puis orientation rapide vers les soins dès l'ouverture du CEPIAD) ou longues (successions de périodes d'addiction et de sevrage, recours à plusieurs structures de soins en parallèle ou à la suite) ?

Quels sont les profils sociaux des femmes et quelle relation existe-t-il entre consommation de drogues et prostitution (observée chez toutes les femmes ? une minorité) ?

Les femmes CDI qui ont connaissance du CEPIAD y font-elles recours immédiatement ou après un certain temps lorsque des conditions sont réunies ?

Fréquentent-elles plusieurs structures de soins parallèlement ?

2- Les étapes des trajectoires et leurs déterminants

Quels sont les déterminants possibles des trajectoires de consommation : prostitution, influence du partenaire, influence des amis ?

Quel est l'impact des facteurs tel que la prostitution, la grossesse, les relations avec le partenaire, l'addiction de couple, la stigmatisation, les comorbidités (VIH, hépatites) sur les trajectoires de consommation et de recherche de soins ?

Quel est l'impact de la Covid 19 sur la vie des femmes CDI ?

Continuent-elles à consommer en même temps que le suivi médical ?

Comment les femmes arrivent-elles à sortir d'une addiction ?

3- Les perceptions différenciées des hommes et des femmes par rapport à la prise en charge addictologique, médicale et sociale

Quels sont les appréciations par rapport à la prise en charge addictologique, médicale et sociale ? Est-ce que les réponses apportées en ce qui concerne la prise en charge tiennent compte du facteur genre ? Comment les femmes et les hommes usagers de drogues injectables apprécient-ils la méthadone ?

Comment les femmes usagères de drogues (utilisatrices du CEPIAD ou non) perçoivent le CEPIAD et plus largement les réponses en termes de prise en charge sanitaire et sociale qui leur sont proposées en comparaison avec les hommes? Existe-t-il des activités de convivialité et d'autonomisation spécifiques aux femmes ? Comment ces dernières perçoivent ces activités?

Quels sont les besoins de santé perçus par les femmes consommatrices de drogues ?

Existe-t-il des approches de réduction des risques sensibles au genre (santé sexuelle et santé de la reproduction,...etc.) qui tiennent compte des besoins des femmes? Existe-t-il une réponse communautaire féminine ?

3.5 Hypothèse de travail

La recherche part de l'hypothèse générale selon laquelle les trajectoires des femmes sont différentes de celle des hommes et au sein de cette différence, il y a une diversité de trajectoires définies qui peuvent être expliquées d'un point de vue socioanthropologique

3.6 Objectifs

L'objectif général appliqué est de comprendre les déterminants du faible recours des femmes à la prise en charge des addictions et au traitement des comorbidités (VIH, hépatites, TB) en analysant les trajectoires de vie, de consommation et de soins des femmes ainsi que la dimension genrée de l'offre de santé aux CDI.

Les objectifs secondaires de la thèse sont de :

1. Décrire les trajectoires et les motivations de consommation de drogues et de soins des femmes prises en charge ou pas au CEPIAD.
2. Décrire l'impact sur les trajectoires de facteurs tels que : la prostitution, les relations avec le partenaire, les grossesses, la stigmatisation, les comorbidités, la Covid 19.
3. Décrire et analyser les perceptions et les attentes des femmes usagères de drogues par rapport à la prise en charge addictologique, médicale et sociale (santé sexuelle, santé de la reproduction).
4. Décrire et analyser l'acceptabilité des stratégies de réduction des risques chez les femmes CDI.

La pandémie de COVID a eu un impact sur tous les secteurs de la société sénégalaise. En concertation avec mes encadrants et à la suite d'une discussion avec l'ANRS sur les adaptations du projet CODISOCS, j'ai ajouté un objectif de recherche :

5. Décrire et analyser l'impact de la pandémie de COVID sur la vie des femmes UD.

CHAPITRE 4: CADRE THEORIQUE: DROGUES, BIOGRAPHIES, GENRE, SOINS DE SANTE

Dans ce chapitre, nous mettons le focus sur les approches sociologiques et anthropologiques qui vont nous permettre d'analyser les drogues, les addictions, les biographies, le facteur genre et les soins de santé. Parmi les multiples concepts utilisés dans ces différentes approches théoriques, nous avons privilégié les concepts du triangle d'Olievenstein, de trajectoire, d'intersectionnalité et de Syndémie.

4.1 Une approche théorique des drogues

4.1.1 De la déviance à la médicalisation : punir ou soigner

La sociologie s'est intéressée aux problèmes posés par les drogues principalement lors de la seconde moitié du 20^e siècle, lorsque la consommation a atteint de fortes proportions dans les sociétés occidentales (Bergeron 2010). Cet auteur montre dans « *Sociologie de la drogue* » que la sociogenèse des travaux sur les usages de drogues trouve ses racines dans la tradition de recherche de l'école de Chicago. Les études inspirées de l'approche de Becker décrivent la déviance comme le résultat des mécanismes du contrôle social. Cependant, d'autres sociologues contemporains comme Cusson et Ogien ont également accordé une importance particulière à la description des usages sociaux des drogues, des contextes et des modes de vie des consommateurs. Ces auteurs se sont intéressés aux causes proprement sociologiques de la toxicomanie (Bergeron 2010). En sociologie, la déviance et la maladie mentale sont les deux premiers concepts qui ont été mobilisés pour expliquer les comportements des individus qui se sont engagés dans une trajectoire d'addiction. L'usage de drogues a d'abord été appréhendé comme une forme particulière de déviance dans l'interactionnisme symbolique de l'école de Chicago. La théorie de la déviance ou « *labeling theory* » proposait dans les années 1950 de porter l'attention sur les mécanismes sociaux qui font qu'un comportement va être à un moment historique donné, estimé comme ne respectant pas les normes dominantes (Bergeron 2010).

Les sociologues ont été les premiers à décrire la vie des usagers de drogues à travers le modèle explicatif de *sous culture*. La criminalisation des drogues, la prédominance des programmes de rétablissement basés sur l'abstinence et la pathologisation de la *toxicomanie* en tant que trouble psychiatrique ont conduit à faire percevoir les usagers de drogues comme gênants pour l'ordre dominant (déviant). Les toxicomanes, sont donc à la marge des normes et valeurs culturelles. Par conséquent, ils sont contraints de se constituer un espace social en dehors de la culture (H. Becker 1963). Dans la tradition sociologique, ces milieux et la vie « des toxicomanes » ont été

marqués par des récits de déviance et d'exclusion, avec peu de réflexion sur la complexité qui entoure l'usage de drogue. Le but de ce modèle est d'attirer l'attention sur les multiples manières dont les UD à la marge se créent des modes de vie en contradiction avec le modèle culturel dominant (H. Becker 1963). Cette perspective sous-culturelle de l'usage de drogues s'est perpétuée avec les recherches menées dans la rue de villes américaines. Ces auteurs ont fourni de riches descriptions de la vente, de l'achat, du partage et de la consommation de drogues (H. Becker 1963; Feldman 1968). Ils ont démontré que les pratiques d'usages sont fondamentales dans la vie quotidienne des personnes vulnérables et marginalisées (H. Becker 1963; Feldman 1968).

Dans les travaux en sociologie, la consommation de drogues a aussi été appréhendée à travers la notion de médicalisation, « processus par lequel des problèmes non médicaux deviennent définis et traités comme des problèmes médicaux, généralement en termes de maladie ou de trouble ». L'individu qui consomme des substances psychotropes licites ou illicites est dès lors désigné autant par référence à un état pathologique qu'à une situation d'exclusion. Certains auteurs parlent de « *pathologisation de l'existence* » où la médecine prend le relais, via la médicalisation, pour gérer de plus en plus notre vie quotidienne (Odier 2014). Le terme de médicalisation est apparu pour la première fois dans la littérature sociologique dans les études sur la déviance, mais il s'est rapidement développé pour examiner d'autres conditions humaines (Conrad et Bergey 2015). Cette perspective sous culturelle permet de comprendre les pratiques et les modes de consommation dans un contexte culturel et social donné.

L'anthropologie s'est développée vers la fin du 19^e siècle, au même moment où la *toxicomanie* a été reconnue comme une pathologie sociale. Malgré cette relation historique, l'anthropologie ne s'est pas immédiatement intéressé à l'usage de drogues et à l'addiction. Jusqu'au début des années 1970, l'anthropologie n'avait pas encore développé de tradition explicite de recherche sur les drogues, notamment en ce qui concerne l'addiction. Cela s'explique en partie par le fait que l'anthropologie cherchait à comprendre le comportement normatif à travers les contextes culturels, plutôt que ce que l'on a appelé le comportement déviant en sociologie. De plus, l'anthropologie était orientée vers une perspective fonctionnaliste qui attirait l'attention des chercheurs sur la manière dont des parties d'une culture étaient intégrées et se renforçaient mutuellement (Singer 2012). Selon cet auteur, L'anthropologie a commencé à s'intéresser à la question des drogues et des addictions au cours des années 1970. Cet intérêt soudain était lié à l'augmentation significative du nombre d'usagers de drogues (UD) en Occident et au rôle de l'usage de substances psychoactives dans la propagation de la pandémie mondiale du VIH/SIDA.

Quelques années après le début de la pandémie, la contribution de l'anthropologie à l'étude des liens entre la consommation de drogues et l'infection par le VIH a été reconnue comme essentielle dans les efforts de santé publique(Singer 2012).

Bien que l'anthropologie se soit intéressée tardivement au domaine des addictions, elle s'est imposée grâce à la force de l'ethnographie et à l'accent mis sur la compréhension des processus d'interactions biopsychosociales (Singer 2012). L'ethnographie permet de saisir la complexité humaine à la fois au niveau individuel et structurel. C'est ainsi que l'anthropologie a pu fournir des informations importantes en plaçant les préoccupations émiques et l'expérience vécue au premier plan de l'analyse. Les travaux ethnographiques mettent l'accent sur le rôle des mécanismes culturels dans la formation des idéologies et des expériences entourant la consommation de substances psychoactives. L'anthropologie s'intéresse à la vie sociale des usagers de drogues en déplaçant le regard au-delà de l'utilisateur de drogues, et en considérant que l'addiction ne peut pas être dissociée de l'histoire, de la politique et la problématique des inégalités(Singer 2018).

Le modèle explicatif dominant en anthropologie est le modèle culturel. Les chercheurs y ont ajouté plusieurs approches analytiques supplémentaires conçues pour étudier des questions particulières. Les travaux anthropologiques sur l'usage et de l'abus de drogues ont émergé à partir d'une étude sur la consommation d'alcool chez les Camba, un peuple horticole vivant dans l'est de la Bolivie. Dans les années 1950, un anthropologue du nom de Heath avait noté que la plupart des adultes de cette communauté buvaient fréquemment de grandes quantités de rhum pendant les périodes de festival et s'enivraient parfois pendant des jours. Cette ivresse collective n'était pas considérée comme pathologique mais elle revêtait une valeur sociale et spirituelle(Merrill Singer 2012). Les observations de Heath ont essentiellement remis en cause l'idée selon laquelle la consommation excessive d'alcool était un comportement destructeur. Les Camba buvaient d'énormes quantités d'alcool pendant les périodes de fête. L'usage de l'alcool avait pour but de renforcer la cohésion sociale et ne répondait pas à un comportement déviant. Ces résultats ont remis en question l'idée selon laquelle la consommation excessive d'alcool est intrinsèquement destructrice et que la poursuite de la consommation entraîne une dépendance et nuit à la santé du consommateur. En réponse à ces résultats, Heath a proposé un modèle culturel de la consommation d'alcool (Singer 2012).

A partir de ce modèle culturel se sont développées d'autres approches pour aborder des questions spécifiques. Parmi ces modèles, *l'anthropologie médicale critique* a été fondamentale pour comprendre les structures qui sous-tendent les déterminants sociaux de la mauvaise santé

des usagers de drogues. Elle se concentre sur les conditions syndémiques liés à la drogue, qui sont définis comme l'interaction négative des maladies entre elles et avec des conditions sociales défavorables qui favorisent à la fois l'agrégation des maladies dans une population(Singer 2012).

Pour appréhender la consommation de drogues, l'anthropologie des addictions se base sur plusieurs concepts comme la médicalisation, la syndémie⁴¹. Si les sociologues ont été les premiers à étudier la médicalisation, les études et les réflexions concernant cette notion ont augmentées et se sont diversifiées avec les contributions de l'anthropologie. Cette discipline a permis d'accorder une attention particulière aux facteurs qui influencent la santé, l'expérience de la maladie, la prévention et le traitement de la maladie, les processus de guérison, les relations sociales de la gestion de la thérapie, ainsi que l'importance culturelle et l'utilisation des systèmes de santé (Conrad et Bergey 2015).

Dans le champ de la santé, le regard anthropologique a permis d'identifier les inquiétudes et attentes des patients et de comprendre les significations et les logiques de leur point de vue. Cette perspective permet d'adapter l'information et de fournir des soins centrés sur les besoins des patients (Hudelson 2002). Ainsi, notre discipline considère le champ des drogues et des addictions⁴² comme un objet d'étude particulier et propose « donc de déconstruire les catégories de pensées qui œuvrent à son élaboration »(GREa 2018). Depuis le milieu des années 1990, la réforme progressive du traitement des usagers de drogues s'est traduite par un changement de vocabulaire dans la littérature sur les drogues. Des termes se focalisant sur le produit et sur la dépendance (« toxicomanie », « dépendance »), nous sommes passés à une sémantique qui met l'accent sur la quantité de produit ingéré et la relation que l'individu entretient avec ce même produit : « addictologie » (Fortané 2010). Dans le même temps, l'épidémie de sida a fait éclore les politiques de réduction des risques qui ont permis de rendre les seringues accessibles aux usagers de drogues, de mettre en place des médicaments de substitution, d'ouvrir des salles de consommation à moindre risque appelées « salles de shoot ». C'est le cas en Suisse, au Canada et en France (Colcombet 2017). Avec la mise en place du CEPIAD, ces stratégies sont peu à peu implémentées dans le contexte ouest-africain. Les taux élevés d'infection à VIH parmi les populations consommatrices de drogues, montré par les enquêtes de prévalence, ont convaincu

⁴¹ ⁴¹ Concept abordé plus loin. La syndémie est définie comme l'entrelacement de maladies et de conditions sociales défavorables qui crée un fardeau supplémentaire de vulnérabilité dans une population donnée

⁴² La notion d'addiction se substitue à celle de dépendance, tout excès de quelque nature qu'il soit relève de l'addictologie, qu'il s'agisse de drogues, de sexe, de tabac ou encore de jeu.

l'ONU à travers l'ONUDC de la nécessité de changer de démarche et d'inclure le paradigme des « droits humains »⁴³ dans la prise en charge des usagers (Olivet et al. 2017). De ce point de vue, les activistes luttent pour que les politiques mettent un terme : « à la diabolisation des usagers de drogues et les protéger contre les violations des droits humains »(Ane 2017).

Les politiques en matière de drogues sont essentiellement répressives dans la plupart des pays du monde. Ces politiques contribuent à marginaliser davantage les usagers de drogues qui sont assimilés à des délinquants. Actuellement, les campagnes de sensibilisation qui développent des slogans comme « support, don't punish » = « soutenez , ne punissez pas »⁴⁴ permettent aux communautés d'usagers de drogues de partager leurs trajectoires et de faire comprendre à l'opinion publique et aux politiques qu'ils ont droit à la liberté, à la santé et à dire non à la discrimination et à la violence dont ils peuvent faire l'objet (Ane 2017). C'est pourquoi, avec la mise en place de ces politiques de réduction des risques, les termes « drogué » et « marginal » sont de plus en plus remplacés par « usager » ou « consommateur » et renvoient à « un individu capable de rationalité, gestionnaire de sa pratique et conscient de sa santé » (GREa 2018). Dans la suite de ce travail, nous avons privilégié le terme usager de drogues (UD) pour rendre compte de la diversité des profils et des produits consommés.

Par ailleurs, selon Jacques et Figel (2008), le phénomène des drogues relève, aujourd'hui, plus d'une question d'anthropologie culturelle. Au-delà du problème de santé, il découle également d'une géopolitique de l'offre et de la demande. De l'expérimentation à l'engagement dans une trajectoire addictive, il y a : « une question de dosage et d'usage, mais surtout une affaire de rencontres et de relations et plus encore une affaire de lien que l'on entretient avec les drogues (liens distants ou passionnels, liens utilitaires, occasionnels ou nécessaires, liens avec soi-même ou avec les autres, etc...). Enfin ces liens sont déterminés par des représentations et des contextes dans lesquels les drogues circulent et les individus vivent et évoluent avec leur désir et pulsion » (Jacques et Figel 2008). Notre démarche aborde donc l'individu dans son rapport au produit, à sa santé mais aussi à la société.

4.1.2 Le triangle d'Olivenstein

⁴³ Cf. Charte des Nations Unies de 1945, la déclaration universelle des droits de l'homme, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981 (connue sous le nom de la Charte de Banjul).

⁴⁴ La campagne «Soutenez. Ne punissez pas» a été développée par le Consortium International sur les Politiques des Drogues, le Réseau International des Usagers de Drogues (INPUD), Réduction des Risques International (HRI), l'Alliance Internationale sur le VIH/sida.

La médiatisation autour des drogues a toujours dépeint ce phénomène comme un fléau social qui gangrène notre société en créant des déviants. Cette façon d’aborder le sujet met le produit au centre du débat et perd de vue la complexité des usages et la multiplicité des contextes dans lesquels naissent ces consommations.

Les recherches sur les usagers de drogues et les addictions sont difficiles car ce sont des objets au carrefour de plusieurs disciplines : sociologie, anthropologie, criminologie, psychiatrie, pharmacologie, addictologie, droit...etc. pour ne citer que ceux-là. Si bien que pour le rendre intelligible, on ne peut pas le cloîtrer dans le cocon d’un seul modèle. Par ailleurs, pour décrire et analyser les consommations des femmes à travers une vision englobant plusieurs facteurs, nous avons privilégié le triangle multifactoriel proposé par le Docteur Claude Olievenstein⁴⁵. Il propose d’appréhender la consommation de drogues comme la jonction : d’un produit, d’une personnalité et d’un moment socioculturel (Hautefeuille 2011). Sa célèbre formule: « La toxicomanie, c'est la rencontre d'un être humain, d'un produit donné, à un moment donné » permet d’aborder la question en considérant à la fois l’individu, les caractéristiques personnelles et le moment socioculturel dans lequel se produisent les consommations. Olievenstein insiste sur ce point dans son livre « *La drogue et la vie* » (1984) :

« La toxicomanie surgit à un triple carrefour : celui d’un produit, d’un moment socioculturel et d’une personnalité. Ce sont là trois dimensions également constitutives.

(...) La toxicomanie, par définition, part du toxicomane : cela veut dire qu’elle appelle, suscite, crée le produit tout autant qu’elle est engendrée par lui.

(...) le moment socioculturel apparaît alors comme ce qui situe le drogué et, au moins partiellement, explique son choix d’existence. Le contexte social est donc indissociable de la personnalité.

(...) Toute société, en effet, véhicule des normes – formulées ou non – et par conséquent, suscite des marginalités qui les contestent. Lier le toxico au moment socioculturel, c’est tenter de le comprendre dans sa marginalité. L’opposer au milieu social, c’est au contraire l’exclure au nom des normes. Dans cette optique, il ne sera plus qu’un déviant à redresser.(Olievenstein 1984) : 265-273)

⁴⁵ Claude Olievenstein (alias Olievensztein), né le 11 juin 1933 à Berlin et mort le 14 décembre 2008 dans le 15^e arrondissement de Paris, est un psychiatre français spécialisé dans le traitement des usagers de drogues. Il fut également professeur associé en anthropologie à l’université de Lyon et directeur de recherche en ethnopsychiatrie et anthropologie médicale. On le surnommait le « psy des toxicos » (https://fr.wikipedia.org/wiki/Claude_Olievenstein)

Ce repère théorique nous conduit à analyser le sens que donne l'usager au produit qu'il utilise dans une consommation expérimentale, festive, auto-thérapeutique ou addictive. Cette trilogie va nous permettre de nous décentrer et d'aborder les trajectoires de manière dynamique. Ce concept du triangle d'Olievenstein montre qu'il n'y a pas de déterminant ultime dans l'explication des pratiques addictives, mais c'est la relation entre différents éléments qui est importante. Selon Trouessin (2016) ce modèle tri-varié et biopsychosocial permet de mettre en évidence le rôle du contexte ou de l'environnement dans l'engagement et le maintien de l'addiction, alors que l'addiction peut être à la base d'un changement de style de vie. Par ailleurs, au niveau familial des événements peuvent survenir dans la trajectoire d'addiction (une rencontre, l'arrivée d'un enfant) et faciliter une sortie de la dépendance. Le contexte joue également un rôle important dans les parcours initiatiques. Certaines personnes commencent à consommer des drogues pour satisfaire un besoin d'appartenance à un groupe de pairs ou à un certain milieu où l'usage serait la norme. Ce modèle tri-varié propose une dimension holistique qui permet d'analyser les pratiques addictives en considérant l'individu tout entier (Trouessin 2016).

Ce modèle tri-varié est donc applicable aussi bien pour les addictions avec produits que sans produit, car il permet d'appréhender le phénomène des addictions à travers une vision globale. Le produit n'est qu'un élément de l'addiction comme le montre la figure 1 ; c'est pourquoi les addictologues considèrent que le fait d'arrêter l'usage d'un produit ne signifie pas nécessairement la sortie ou la fin de l'addiction. Dans certains cas, le produit est substitué par une autre substance ou par un comportement. Les processus d'engagement dans les pratiques addictives varient donc d'un individu à l'autre (Chevalier et al. 2015).

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte pour comprendre

- les effets de la consommation
- le consommateur

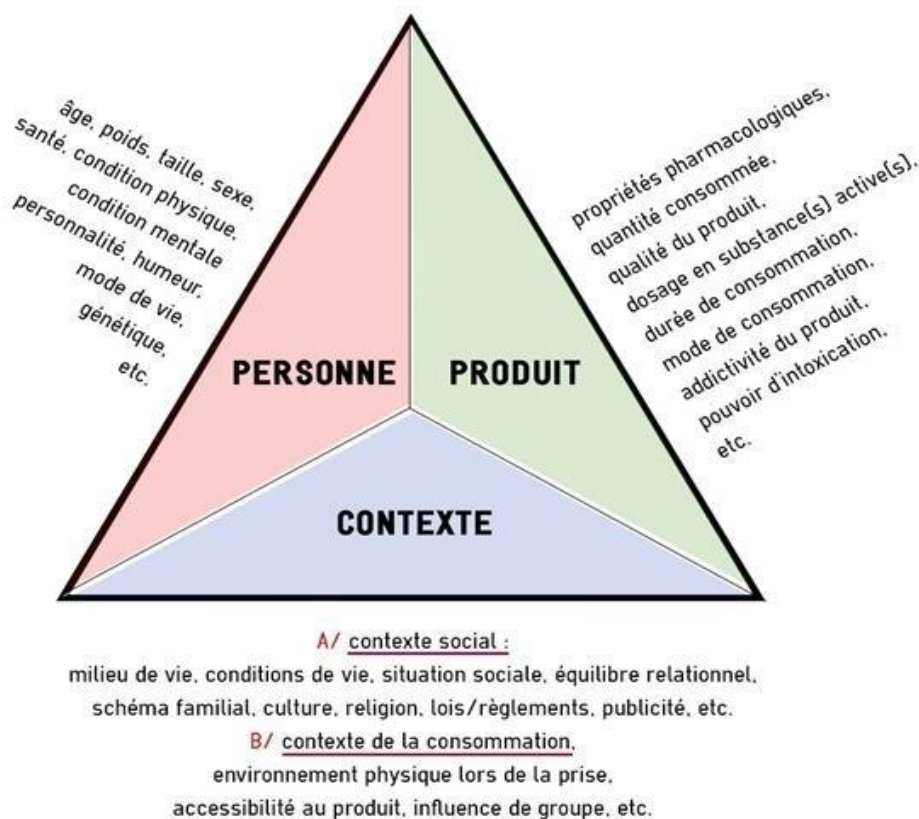


Figure 6: Triangle multifactoriel d'Oliveinstein ⁴⁶

En choisissant ce modèle, nous allons questionner les particularités de l'usage de drogues au féminin au Sénégal quels sont les conditions d'entrée, de maintien et/ou de sortie dans une trajectoire addictive ? Quels sont les pratiques des drogues au féminin (produits, usages et contextes) ? en insistant sur les facteurs sociaux, familiaux et contextuels (moment socio-culturel)

4.2 Approche théorique des biographies

4.2.1 À propos des biographies : les notions utilisés

En sciences sociales, biographie, carrière, itinéraire, flux, **trajectoire**, histoire ou parcours de vie, cursus biographique...etc., sont autant de notions plus ou moins utilisées pour rendre compte des biographies (Passeron 1990). Ces termes sont parfois utilisés comme des synonymes mais certains d'entre eux peuvent dissimuler, sous les mêmes appellations, des

⁴⁶ <https://infordroguess.be/wp-content/uploads/oliveinstein.png>

conceptualisations très différentes de la description d'un processus diachronique plus ou moins long. Par exemple, les manières d'utiliser le concept de *carrière* d'E. Goffman et de H. Becker sont différentes. Dans *Outsiders*, Becker mobilise la notion de carrière pour décrire la situation actuelle d'un individu en prenant en compte les changements subjectifs de l'individu dans le temps. Ainsi, Becker a mobilisé le concept pour décrire les étapes de « Devenir fumeur de marijuana », au cours desquelles les fumeurs ont appris la technique, appris à percevoir les effets et finalement appris à profiter de l'expérience (H. Becker 1963). Becker applique donc la notion de carrière à des structures institutionnelles qui pèsent sur les individus, tandis que Goffman l'utilise pour décrire et analyser des logiques de transformation des pratiques en les dissociant de toutes structures contraignantes. Goffman propose de considérer la dimension morale de la carrière. Goffman dans *Asylums* a discuté de la « carrière morale » du patient, en trois phases : pré-patient, patient et post-patient. Il analyse les changements qui interviennent dans la personnalité des patients toxicomanes : la perte d'identité quand on a commencé à les définir comme fous ; la manière dont cette personnalité est bouleversée à son arrivée dans un hôpital psychiatrique ; et la manière dont les patients ont été chargés de construire une nouvelle identité (Goffman 1961).

En sociologie, selon Levené et Bros (2011) les expressions *parcours de vie* ou *parcours biographique* semblent les plus usitées et acceptent comme synonymes *trajectoire* et *itinéraire*. *Itinéraire* renvoie à plans, à cartes, il appartient dans ce sens au registre de la géographie ; un itinéraire est un circuit programmé, il est fait d'étapes, de choix. Il « se démarque de la trajectoire en affichant les espaces sociaux d'autonomie ». *Parcours* appartient davantage au registre du langage commun, il apparaît plus neutre, il est le synonyme proposé pour trajectoire : « chemin pour aller d'un point à un autre » (Levené et Bros 2011).

Dans le champ des drogues, les deux concepts les plus utilisés par les chercheurs sont la *carrière* et la *trajectoire*, et le plus souvent dans le même sens. Le concept sociologique de *carrière* a commencé sa vie dans l'étude des professions, mais a été affiné par les sociologues de l'interactionnisme symbolique. Il est applicable à des domaines autres que le champ professionnel en suggérant, par exemple, qu'il existe des carrières de déviance. Et donc, à la suite de Becker, certains auteurs modernes ont analysé les parcours des consommateurs de drogues à travers la notion de *carrière* inspirée de l'idée de carrière professionnelle. Ce concept emprunte à la sociologie des professions, les éléments d'adhésion, de cheminement et de retraite. Autrement dit, la notion de carrière d'usage de drogues intègre une certaine linéarité « des parcours structurés allant de l'apprentissage jusqu'au retrait » (Lebaron 2014). Il est

mobilisé dans de nombreux travaux comme « modèle séquentiel d'analyse des comportements sociaux », en référence à Becker (Agrikoliansky 2001). Le concept de *trajectoire* renvoie à l'idée que les personnes ayant une condition donnée développeront des changements à travers une série de phases dont chacune a un certain nombre d'attributs la distinguant de la suivante. Ces phases se succèdent dans le temps, mais ne sont pas forcément linéaires. La notion de *phase* renvoie à une traversée, à un voyage, et l'idée est de passer, par étapes, d'un état à l'autre. Par ailleurs « Quelque soient les approches et les théories dans les addictions, le temps est toujours à mesurer, à séquencer et à structurer ». Si chaque concept apporte ses nuances, les approches sociologiques de ces notions interrogent la temporalité, abordent les séquences cumulatives, les tournants majeurs, mais analysent de manière divergentes les déterminants de ce processus. (Bertrand et Nadeau 2006).

Dans ce foisonnement de concepts que nous propose l'approche biographique, nous avons choisi pour notre travail de privilégier le concept de trajectoire pour prendre en compte les différentes séquences (ruptures et continuités) des parcours de consommation et de soins des femmes « qui pèsent sur la biographie des individus (impulsion et force de gravité) et les accidents que ceux-ci rencontrent ou les opportunités qu'ils saisissent. » (Levené et Bros 2011).

4.2.2 La trajectoire

« On parle souvent de carrière pour évoquer l'itinéraire des usagers de drogues de la même façon qu'on parle d'un parcours professionnel. C'est un peu comme s'il y avait un point de départ prévisible, une volonté délibérée de s'orienter vers des pratiques toxicomaniaques, un milieu homogène qui va enregistrer les signes de cette avancée, et des tracés orientés de progression (...) La notion de carrière ne suffit pas à rendre compte des engagements des personnes. Quand le sujet est abordé, que l'on se concentre sur le rapport aux drogues (...) on peut avoir l'impression d'une continuité. Mais en fait, si l'on prend de la hauteur, on se rend compte que c'est la discontinuité qui domine leur expérience. Plus précisément, le passage à l'acte vient s'inscrire comme un point de rupture (...) l'engagement, l'implication s'opère par le jeu d'une rupture » (Bouhnik 1996).

En sciences sociales, la notion de trajectoire s'entend généralement comme la série, plus ou moins ordonnée, des positions successives occupées par un individu ou un groupe dans un espace social défini. Cette notion est appliquée surtout pour aborder la migration. Elle fait référence à l'ordre séquentiel des événements (Jolivet 2007). En sociologie, une trajectoire est définie comme : « Un déplacement dans l'espace social entre une position d'origine et une position d'arrivée. Elle permet de décrire une biographie individuelle sans laisser de côté les

structures ou les espaces sociaux au sein desquelles elle se déploie » (Lebaron 2014). Il s'agit donc pour l'œil du sociologue d'éclairer les déterminants et les logiques de continuité et de ruptures de linéarités biographiques (Bidart 2006). Chaque parcours de vie d'une personne est une synthèse de multiples déterminations, d'interactions et des actions de la personne elle-même. Chaque récit d'un parcours contient sous forme narrative, des informations et des significations sur des niveaux très divers de réalité (Robette 2011). Jolivet (2007) abonde dans ce sens en définissant la trajectoire comme un itinéraire, induit d'un point de départ et d'un point d'arrivée, et expose des conditions comme des modalités de la traversée qui sont essentielles (Jolivet 2007). Ce concept est en phase avec l'approche théorique précédemment développée car elle permet également d'aborder de manière dynamique la vie des femmes UD en tenant compte de séquences reflétant des processus sociaux.

Les sociologues et les anthropologues ont développé la notion de *trajectoire de soins* qui est utilisée pour parler de l'organisation de la prise en charge de la maladie et les acteurs impliqués (professionnel de la santé et du social, patients, familles). Elle fait référence aussi aux chaînes d'organisations des soins : recours à différents actes médicaux, mobilisations des différents savoir-faire à différents moments, le tout d'un bout à l'autre du processus de la maladie et de la guérison (Pourchez 2016). En sociologie : « toute trajectoire est associée à une expérience sociale particulière, inscrite, de façon variable, dans la mémoire des individus. La trajectoire est un élément structurant des pratiques, des représentations, du rapport à l'avenir et au passé, etc. » (Lebaron 2014)

En sciences sociales, des auteurs contemporains ont mobilisé le concept de trajectoire pour analyser les questions liées à l'usage de drogues. Au Québec par exemple, Brunelle et al décrivent le lien entre la délinquance juvénile et l'usage de drogues en s'appuyant sur le concept de trajectoire (Brunelle, Cousineau, et Brochu 2002; Brunelle et Cousineau 2005). Selon ces auteurs, d'autres études ont analysé les trajectoires de prostitution en lien avec les trajectoires de consommation pour comprendre ce qui a pu influencer le parcours de vie de ces femmes, tant sur le plan de la consommation que des activités de prostitution, tout en s'attardant aux liens qui peuvent exister entre les trajectoires d'usagères de drogues et de prostitution chez une même femme (Bertrand et Nadeau 2006b). Le concept de trajectoire est important dans notre étude car il permet d'analyser les événements non pas au coup par coup mais dans leur enchaînement.

4.3 Une approche théorique du genre

L'approche genre renvoie à une perspective de recherche utilisée dans plusieurs disciplines. Elle recouvre un champ d'étude vaste qui fait référence à une catégorie de travaux sous la dénomination des « genders studies ». Les études de genre se distinguent par leur engagement dans l'interdisciplinarité, et se sont développées grâce à une synergie entre la recherche et l'activisme féministe. Il est à noter que ce domaine de recherche s'appuie sur la tradition des études sur les femmes et des théories et du militantisme féministes. Aujourd'hui le champ du genre s'est élargi et ce concept représente à la fois une catégorie empirique et une conceptualisation théorique, qui permet de mieux comprendre les relations et les divisions sociales tout en les décrivant. Les recherches qui s'inscrivent dans cette approche théorique prennent pour objet le masculin et le féminin, et se concentrent sur l'interaction complexe du genre avec d'autres marqueurs d'identité tels que la race, l'ethnicité, la sexualité, la nation et la religion. L'approche englobe des études allant de l'histoire des femmes, des minorités à celle de la sexualité, des identités et des inégalités (Downs, Rogers, et Thebaud 2012).

4.3.1 À propos du genre

Le terme *genre* en français est polysémique. Le mot a longtemps été majoritairement associé au genre grammatical. La notion sociologique « genre » issue de l'anglais *gender* a une signification différente du sens grammatical. Le concept est né aux Etats-Unis dans les années 1970 autour d'un questionnement sur les rapports entre hommes et femmes. Cette approche s'est progressivement développée dans le champ des sciences sociales mais le genre reste un concept transversal pour toutes les disciplines scientifiques. A l'origine, la notion de genre a été utilisée par le psychanalyste Robert Stoller (1968) pour expliquer les expériences difficiles de certains de ces patients en rapport avec leur sexe biologique et le sexe vécu au plan social. Par la suite, la notion de genre a été popularisée par des chercheurs en sciences sociales comme : la sociologue Ann Oakley (1972), les historiennes Nathalie Zemon Davis (1974) et Joan W. Scott (Méjias 2014). Ce concept permet une distinction sociale et culturelle entre masculin et féminin ne relevant pas du biologique. Si le sexe est un concept biologique, le genre est un concept social. Il fait référence aux différences sociales et culturelles qu'une société attribue aux personnes en fonction de leur sexe (biologique) (Fournier 2014). Autrement dit, le genre fait référence à une construction sociale du masculin et du féminin, ce qui veut dire que les rapports entre hommes et femmes sont construits par le processus de socialisation. Simone de Beauvoir montre dans « Le deuxième sexe » que les différences entre les hommes et les femmes ont une origine culturelle et non naturelle : « On ne naît pas femme, on le devient » (Beauvoir

1949). Cela suppose que les différences entre les sexes sont insignifiants et prennent de l'importance dès le moment où elles sont structurées par un rapport de pouvoir.

La sociologie du genre examine comment la société influence notre compréhension et notre perception des différences entre la masculinité (ce que la société considère comme un comportement approprié pour un homme) et la féminité (ce que la société juge un comportement approprié pour une femme). Elle examine comment cette situation influence l'identité et les pratiques sociales. Elle accorde une attention particulière aux relations de pouvoir entre les sexes dans une société donnée, ainsi qu'à la manière dont cela évolue dans le temps (Clair 2015). Selon Françoise Héritier (1996), les constructions du masculin et du féminin relèvent essentiellement d'un ordre symbolique :

« (...) le genre, le sexe, sa détermination ne sont pas des faits relevant simplement de l'ordre naturel. Constructibles et recrées, ils relèvent de l'ordre symbolique, de l'idéologie, alors même que l'énoncé de cet ordre symbolique vise à les établir ensuite comme des faits de nature par tous les membres de la société » (Héritier 1996)

Le genre est donc défini comme une catégorie multidimensionnelle, englobant un modèle distinct de différence sociale et culturelle. Les catégories de genre s'appuient souvent sur des perceptions et des significations culturelles. Elles sont des « phénomènes sociaux globaux », un large éventail d'institutions et de croyances s'y expriment de manière simultanée, une caractéristique qui distingue le genre des autres statuts sociaux (Loue 1999). La notion de genre recouvre aujourd'hui toutes ces notions antérieurement usitées pour penser la construction sociale des différences des sexes. Il inclut les termes tels que : « rapports sociaux de sexe », « domination masculine », « division des sexes », « distinction de sexe ». Aujourd'hui les défis théoriques et méthodologiques supposent qu'au-delà du clivage de la classe sociale et de la race, il est nécessaire de mobiliser la notion de genre dans n'importe quel objet sociologique (Héritier 2002; Théry 2007).

Chaque société, chaque communauté se construit un système de genre qui constitue un ensemble de normes et de valeurs qui vont définir les rôles à jouer pour les hommes et les femmes, en permettre certains et en proscrire d'autres (Locoh 2007). Autrement dit, dans chaque groupe il existe ce que l'on nomme les *rôles de genre* et les *normes de genre*. Le premier concept fait référence aux attentes d'une société à l'égard du comportement et des attitudes des gens, selon qu'ils sont des femmes ou des hommes. Le deuxième concept renvoie aux manières socialement acceptables d'agir selon le genre. Ces normes sont apprises dès la naissance grâce à la socialisation de l'enfance. Nous apprenons ce que l'on attend de notre sexe à partir de ce

que nos parents nous apprennent, mais aussi à partir de ce que l'on intègre dans diverses autres institutions sociales (école, médias...). Ces différences et distinctions établies entre hommes et femmes peuvent entraîner des inégalités de « genre » dans divers domaines de la vie sociale: la sexualité, la parenté et les rôles interpersonnels, la profession, les rôles religieux, la santé... Selon l'OMS, les inégalités de genre désignent les :

« Différences entre les hommes et les femmes qui donnent systématiquement plus de pouvoirs à un groupe au détriment d'un autre. Le fait que, dans l'ensemble du monde, les femmes ont en moyenne un revenu en espèces inférieur à celui des hommes est un exemple d'inégalité de "genre". Tant les différences que les inégalités de "genre" peuvent conduire à des iniquités entre les hommes et les femmes en matière de santé et d'accès aux soins de santé. Par exemple : Une femme ne peut pas recevoir les soins de santé dont elle a besoin parce que les normes de sa communauté ne lui permettent pas de voyager et de se rendre seule dans une clinique. »⁴⁷

A titre illustratif, dans une étude menée par Desclaux et al (2011), la notion de genre a permis d'analyser les déterminants de la vulnérabilité des femmes et leurs trajectoires de vie par rapport au VIH. Cette recherche montre que les femmes sont très souvent appréhendées à travers leur statut social de mère et de leur fonction reproductive dans le milieu médical. Cependant les auteurs rapportent que très souvent les systèmes de soins peuvent aussi être à la base des vulnérabilités qui touchent les femmes. Les logiques institutionnelles peuvent entraîner une dissonance entre le traitement médical et la vie sociale des femmes lorsque les réponses proposées ne s'accordent pas aux besoins et aux attentes de ces dernières. Par ailleurs, les inégalités de genre liées à la santé ne découlent pas seulement du milieu des soins mais aussi des normes et des valeurs de genre propres à chaque communauté (Desclaux, Msellati, et Sow 2011).

Rappelons-nous que l'intérêt pour la question du genre dans le champ des addictions est récent, bien que des études aient abordé auparavant les consommations de drogues par les femmes. Les quelques recherches qui ont été faites sur les femmes comportent de nombreux stéréotypes⁴⁸. Les femmes y sont décrites comme étant criminelles, « *mad* » (folle, malades mentales) et « *sad* » (malheureuses, victimes de la domination masculine) ou « *bad* » (dépourvues de morale). Plus tard, vers les années 2000, les études portant sur les femmes montrent qu'elles

⁴⁷ <https://www.who.int/gender/genderandhealth/fr/>

⁴⁸ Un stéréotype est l'action par laquelle une personne est associée à une catégorie particulière. C'est une croyance exagérée associée à un groupe humain. Elle peut avoir une répercussion sur les comportements sociaux pouvant conduire à de la discrimination (Gaborit et Abril 2019).

sont souvent décrites en lien avec la maternité et le travail sexuel (Simmat-Durand 2009b). L'histoire des drogues montre que leur usage est social, les modes de consommation sont donc beaucoup plus liés aux normes sociales qui façonnent les comportements des hommes et des femmes qu'à leur sexe biologique. La consommation de drogues est donc modelée par l'histoire, la culture et les rapports sociaux de sexe (Colbeaux 2012). Eu égard au constat général de la moindre participation féminine dans les services dédiés, la perspective genre nous permettra entre autres de comparer les besoins et les attentes différenciés par rapport à la prise en charge, d'analyser le facteur genre dans les réponses proposées aux besoins de santé des usagers de drogues, afin de déterminer les barrières à l'accès aux soins.

L'approche genre va nous permettre de décrire les constructions identitaires des femmes UD et d'analyser les spécificités féminines de l'usage de drogues en comparaison avec celles des hommes largement décrites dans la littérature disponible.

Par ailleurs, le genre est aujourd'hui un outil puissant qui permet d'aborder divers problématiques: « la question du soin, la question du corps, la question des minorités », etc. Dans l'analyse de la construction sociale des sexes, on accorde une attention particulière aux questions de discrimination et d'inégalité. Cependant, le champ d'analyse du genre s'élargit de plus en plus et autorise de poser un regard sur ce qui se passe à la lisière des normes de genre, là où ces dernières s'exercent parfois de manière violente (Alessandrin 2012). Pour lire les différentes vulnérabilités auxquelles les femmes font face de manière cumulée, nous allons élargir notre approche genre à la notion d'intersectionnalité.

4.3.2 L'intersectionnalité

La notion d'intersectionnalité désigne la manière dont les différents aspects de l'identité d'une personne peuvent l'exposer à des formes superposées de discrimination. Le concept a été développé aux Etats-Unis vers la fin des années 1980 par la juriste américaine Kimberlé W. Crenshaw qui analyse les jugements et les arrêts aux Etats-Unis où les juridictions n'étaient pas favorables à « un recours collectif (class action) pour discrimination à l'emploi ». L'intersectionnalité s'inspire de ce travail de Crenshaw, qui a cherché à attirer l'attention sur la façon dont le traitement des femmes afro-américaines dans le cadre de la loi devait être interprété, analysé et compris à travers le double prisme de la discrimination sexuelle et raciale. La notion d'intersectionnalité s'inspire également du mouvement black féministe aux Etats-Unis dans les années 1970. Les femmes noires militantes revendiquent plus de représentativité dans les cercles féministes par rapport aux femmes blanches qui détiennent plus de pouvoir dans ces groupes. Les minoritaires noires ont peur de s'exprimer car elles redoutent le jugement

des majoritaires blanches dans les groupes féministes. Elles revendiquent alors une liberté de parole pour parler elles-mêmes des problèmes qui les touchent. La pensée intersectionnelle vise alors à dénoncer la combinaison des rapports de domination au prisme des questions identitaires, du racisme et du sexisme. C'est ainsi que commence à se développer un paradigme qui va permettre d'analyser l'articulation des rapports sociaux dans leur simultanéité (classe sociale, groupe de femmes, groupes racisés) et la problématique des discriminations multiples (Palomares et Testenoire 2010). Le recours à ce concept permet d'analyser la conjonction des différents rapports sociaux : « Est-ce que leur cumul tend à leur renforcement mutuel ou bien, à l'inverse, à leur compensation ? En quoi l'analyse de ces rapports dans leur simultanéité permet une approche plus riche des inégalités de genre ? » (Duros 2014).

Construites initialement dans l'arène militante et du droit, les analyses contemporaines de l'intersectionnalité permettent d'examiner les interconnexions et les interdépendances entre les catégories sociales et les systèmes. Dans les sciences sociales, une *intersection* désigne le croisement, la juxtaposition ou le point de rencontre de deux ou plusieurs catégories et axes sociaux, ou systèmes de pouvoir, de domination ou d'oppression. Ces catégories et systèmes comprennent les identités sociales, les catégories sociodémographiques, les processus sociaux et les systèmes sociaux (Atewologun 2018). Le concept propose donc d'aborder des situations imbriquées de telle sorte qu'on ne peut pas les séparer quand on veut les lire et les comprendre (Duros 2014; Lépinard 2015). La pensée intersectionnelle est aujourd'hui au cœur d'une vaste réflexion en sciences sociales sur la question de la formation des identités, sur les minorités, sur les discriminations plurielles, la sexualité, la légitimation des causes défendues par les minorités, etc. En outre, quelle que soit la perspective, l'intersectionnalité invite à décrire les situations dans lesquelles s'inscrivent les individus en montrant le caractère entremêlé des rapports sociaux. Le débat tourne alors autour de la formulation des catégories par les acteurs, de comment cette catégorisation circule, entraîne des discriminations et pose des contraintes dans les sphères de mobilisation (Jaunait et Chauvin 2013).

Ce concept est pertinent pour appréhender la complexité et la diversité des inégalités sociales. Combiné à l'approche biographique, il nous permet de décrire plusieurs espaces où les rapports sociaux interagissent et influencent les trajectoires. Les approches quantitatives de l'intersectionnalité ont été critiquées par certains sociologues qui considèrent qu'une approche holistique est la plus adéquate pour examiner ces rapports dans le temps et dans l'espace de manière simultanée et inséparable (Palomares et Testenoire 2010; Duros 2014).

Dans les études de genre qui se focalisent sur les femmes, il est important de mobiliser le concept d'intersectionnalité qui vient renforcer la notion de genre. Alors que le genre est le plus souvent évoqué comme une lentille à travers laquelle on peut comprendre les inégalités affectant les femmes et les filles, cette seule perspective peut empêcher de voir la façon dont le croisement de vulnérabilités multiples désavantage certaines catégories de femmes. L'analyse intersectionnelle signifie que les femmes ne sont pas considérées comme un groupe homogène, mais reconnaît plutôt que les discriminations multiples façonnent leurs expériences (Lokot et Avakyan 2020). Cela offre donc la possibilité de décrire la différence et la diversité entre les femmes étudiées. Cette notion permet non seulement la reconnaissance des différences multiples mais elle donne la possibilité de se pencher sur les exclusions qui demeurent une préoccupation fondamentale dans les problématiques féminines (Davis 2015). Pour explorer les expériences des femmes qui se situent à l'intersection de plusieurs catégories, Bilge (2015) nous invite à retenir ses hypothèses:

« 1. Plus d'une catégorie de différence est impliquée dans les problèmes et processus politiques complexes! 2. Une attention doit être portée à toutes les catégories pertinentes, mais les relations entre ces catégories sont variables et demeurent une question empirique ouverte! 3. Ces catégories de différence sont conceptualisées comme des productions dynamiques des facteurs individuels et institutionnels, simultanément contestées et imposées aux niveaux institutionnel et individuel! 4. Chaque catégorie de différence est caractérisée par une diversité interne! 5. Une recherche intersectionnelle examine ces catégories à plusieurs niveaux d'analyse et interroge les interactions entre niveaux!; 6. Poser l'intersectionnalité comme un paradigme normatif et empirique requiert la prise en compte à la fois des aspects théoriques et empiriques de l'élaboration de la question de recherche» (Bilge 2009)

L'un des objectifs de la recherche qualitative en santé est de saisir et de comprendre pleinement les histoires de personnes qui vivent des inégalités façonnées par des déterminants structurels et sociaux complexes imbriqués. Il est donc essentiel pour nous d'utiliser une approche théorique et méthodologique qui permet de mettre en évidence la croisée des inégalités. En choisissant une approche intersectionnelle, nous allons questionner comment le cumul ou le croisement des différentes discriminations (stigmatisation, criminalisation, poids des normes de genre...) qui touchent les femmes CDI peut influencer leur rapport aux drogues, à la santé, aux homologues masculins, aux soignants... Chacune de ces catégories pouvant être imbriquée à d'autres. Quels sont alors les profils des femmes ? Sont-ils divergents ou entremêlés ? Quels sont les problèmes particuliers liés à chaque profil ? Les catégorisations (travailleuses de sexe, Pvvih, CDI) construites sur la base du sexe, du comportement sexuel à risque, du type

d'usage... conduisent-elles à des situations de honte, de stigmatisation et de discrimination ? Et comment *in fine* le cumul des représentations collectives peut-il influencer le recours à la prise en charge des addictions et aux comorbidités ?

4.4 Une approche théorique des soins de santé

4.4.1 À propos de la socioanthropologie de la santé

La sociologie de la santé permet d'étudier les groupes sociaux par rapport au maintien et à la préservation de la santé et de la guérison des maladies. Le groupe social est un système social dont les composantes sont interdépendantes. La sociologie de la santé s'intéresse aux facettes sociales de la santé, aux croyances culturelles de la maladie, aux réponses sociales en matière de santé, à la fonction sociale des systèmes et des institutions de santé. Elle vise également à comprendre la relation entre la prestation des soins de santé et les autres systèmes sociaux et au comportement social du personnel de santé et des consommateurs de soins de santé. Dans les études sociologiques, les questions de santé sont conçues comme des problèmes sociaux. Autrement dit, les problèmes de santé sont considérés comme faisant partie des pathologies sociales (Bourgeault, Benoit, et Bouchard 2013). Talcott Parsons, un sociologue fonctionnaliste a inscrit la santé, la maladie et la médecine dans la réflexion théorique en sociologie dans les années 50. Le patient et le médecin sont dès lors appréhendés comme des acteurs sociaux centraux par rapport à l'adhérence au traitement et au processus de la guérison. Les sociologues interactionnistes de l'école de Chicago autour d'Everett Hughes se sont également intéressés à la santé et à la maladie dès les années 1938 (Carricaburu et Ménoret 2004). Au début des années 1970, les critiques sociales sur le pouvoir médical en France ont fait émerger le thème de la « médicalisation de la société ». Cette notion va inspirer des travaux de recherches empiriques plus poussées sur les questions de santé dans les sciences sociales (Herzlich et Pierret 2010).

En Anthropologie de la santé, la construction par le patient du sens de la maladie est centrale et cela se superpose à celle de la causalité biomédicale et de la rationalité. L'anthropologie de la santé part du principe que les questions liées à la santé, à la maladie, au traitement, au processus de guérison, sont bien plus que des phénomènes biologiques. Les problèmes de santé sont des logiques sociales à l'épreuve du politique (Fassin 2000). Selon Massé (1995) : « l'anthropologie de la santé a principalement pour objets d'étude les conceptions populaires et professionnelles des causes des problèmes de santé, la nature des traitements de la maladie, les thérapeutes qui appliquent ces traitements, les processus par lesquels les individus recherchent de l'aide et les

institutions qui régissent l'espace socioculturel de la santé » (Massé 1995),page 49). Ces processus sont tous fortement influencés par des facteurs environnementaux, politico-économiques, socio-structurels et socioculturels. Par conséquent, l'anthropologie de la santé a développé une approche bio-socioculturelle afin d'aborder la santé comme un aspect de la condition humaine(Massé 1995). Massé explique ainsi l'apport de l'anthropologie dans les questions de santé : « Appliquée au domaine de la santé, l'anthropologie se donnera comme tâche, dans une perspective comparative, de mettre au jour les composantes des divers systèmes de santé qui peuvent être considérées comme universelles et celles qui sont le produit original de telle ou telle culture. En nous sensibilisant à l'existence d'autres systèmes diagnostiques, thérapeutiques ou étiologiques, elle nous amène à relativiser non seulement les vertus mais aussi les défauts de notre propre système de santé et jette les bases d'un recul critique. » (Massé 1995), page 50).

Les études ethnographiques et sociologiques portant sur les soins de santé permettent de comprendre les diverses réactions individuelles et communautaires par rapport à la *médicalisation*. Les analyses socioanthropologiques visent à décrire et à analyser les expériences des individus et la complexité des réponses autour de la médicalisation. Dans le contexte de la médicalisation de l'usage de drogues au Sénégal, nous nous proposons dans notre travail de mobiliser principalement la notion de *syndémie*, pour analyser le rapport des femmes à la prise en charge addictologique, somatique et sociale. Cette notion suppose de prendre en compte l'ensemble des problèmes de santé (addictions et comorbidités VIH/hépatites, santé sexuelle et reproductive...) qui affectent l'état de santé général des usagères de drogues.

4.4.2 La syndémie

Le concept de Syndémie est une notion d'anthropologie de la santé créé par Merrill Singer dans les années 1990 alors que la toxicomanie et le sida sont décrits comme des épidémies simultanées parmi les populations des quartiers défavorisés des États-Unis. C'est un terme également utilisé en santé publique à coté de trois autres concepts de santé publique fondamentaux : *épidémie*⁴⁹, *pandémie*⁵⁰, et *endémie*⁵¹. La notion de *syndémie* est nommée en anglais *syndemic*. C'est un néologisme dont le préfixe *syn* provient du mot synergie, dérivé du

⁴⁹ Signifie littéralement « sur le peuple » et est utilisée pour décrire la propagation rapide d'une maladie infectieuse à un nombre important de personne par transmission.

⁵⁰ Une épidémie qui se propage à travers plusieurs populations ou même dans le monde entier, comme le SIDA, le Covid 19

⁵¹ Présence habituelle d'une maladie dans une population ou zone donnée et qui persiste année après année

mot grec *synergos*, qui renvoie au fait que deux ou plusieurs agents travaillent ensemble pour créer un effet plus important que le simple travail d'un seul agent. Le suffixe *demic* est dérivé du mot grec *demos*, ou « peuple » (Singer 2009). Selon Singer, la syndémie (Synergie-pandémie) désigne une relation dynamique entre deux ou plusieurs maladies épidémiques ou troubles et le contexte socio-environnemental qui favorise leur interaction (Singer 2009). Autrement dit, une syndémie est un ensemble de problèmes de santé étroitement liés et qui se renforcent mutuellement et affectent de manière significative l'état de santé général d'une population dans le contexte de conditions sociales d'inégalités de santé (pauvreté, stigmatisation, stress).

L'approche syndémique est développée en Anthropologie médicale à partir de la réflexion autour des enjeux mondiaux de santé que représente l'émergence de la pandémie de VIH/sida. Cette façon d'appréhender la maladie reconnaît la nature bio-psycho-sociale fondamentale de la santé et le fait que la conjonction de maladies et d'autres problèmes de santé interagissent de manière synergique et conséquente. Par ailleurs, la perspective syndémique met l'accent sur la manière dont les conditions sociales façonnent les processus pathologiques. Elle examine à la fois l'émergence et la nature de la combinaison de multiples maladies et troubles affectant les individus et les groupes et l'impact général de cette synergie sur la santé (Singer 2018). L'approche syndémique reconnaît l'importance fondamentale de la construction biomédicale de la conception de la maladie mais elle attire l'attention sur les origines socioculturelles souvent déterminantes de la maladie. Par exemple, dans le cas des maladies infectieuses, le virus n'est pas la seule cause de la transmission, les circonstances sociales entourant la rencontre avec des agents pathogènes sont aussi d'une grande importance (Merrill Singer 2009). Par ailleurs, l'épidémie de VIH/SIDA a fait des usagers de drogues de la rue un sujet de préoccupation majeur en matière de santé publique. Le concept de syndémie attire l'attention sur le contexte de la consommation de drogue en tant que problème social et de santé publique importante. Les usagers de drogues les plus pauvres sont confrontés à la stigmatisation, à la discrimination. De plus, l'addiction les conduit à adopter un mode d'acquisition et de consommation de drogues qui les exposent au VIH et à d'autres pathologies infectieuses (Singer 2009).

Le concept de Syndémie a été développé par Singer au départ pour expliquer comment les usagers de drogues injectables souffraient de l'interaction de plusieurs maladies, de la pauvreté et de la violence (Abus de substances, VIH et stigmatisation) et de comment le cumul de ces facteurs amplifiait les dommages. En ce sens, il explique la combinaison de ces phénomènes sont étroitement liées et interdépendantes pour la santé et le bien-être des UD. La toxicomanie,

le VIH et les autres comorbidités, plus la stigmatisation constituent une grande syndémie qui affecte les usagers de drogues (Singer 2000). La première syndémie évoquée dans la littérature par Singer fait référence à l'état de santé général des usagers de drogues à travers une tripartite appelée *SAVA* (Singer 2000) ⁵²(*Abus de substance, violence, Sida*) comme l'illustre la figure suivante.

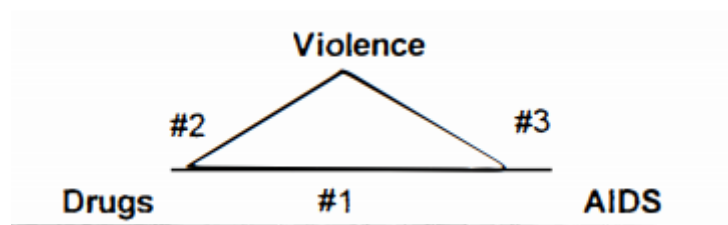


Figure 7: *SAVA Interconnections* (Singer 2000)

Singer explique à travers ce triangle que le VIH/SIDA, la consommation de drogues et la violence dans des contextes sociaux particuliers sont tellement imbriqués et interdépendants qu'on ne peut pas les analyser tels des phénomènes distincts. Le terme *SAVA* utilisé par Singer, souligne que ces trois composantes liées à la santé des UD sont interactives. La consommation de drogue interagit directement avec le SIDA, et les deux aspects s'en trouvent aggravées. De même, la violence qui découle de la stigmatisation et le SIDA interagissent et se renforcent mutuellement(Singer 2000).

Au-delà du VIH et de l'usage de drogues, les analyses contemporaines de la syndémie ont également porté sur l'imbrication de la tuberculose avec le VIH. Dans ce sens, la perspective syndémique accorde une attention particulière aux services de santé multiples et les conditions économiques politiques dans les communautés qui font face à des conditions syndémiques (Usagers de drogues, victimes de violences domestiques, travailleuses du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes). En outre, elle offre un moyen d'aller au-delà d'une focalisation sur les stratégies de prévention traitant des causes immédiates en attirant l'attention sur les processus qui créent des empilements de maladies et des conditions de vie nocives pour des populations vulnérables(Singer 2018).

Plus récemment, le concept a été repris dans le cadre de la Covid 19 pour expliquer comment le contexte social et environnemental constitué d'inégalités sociales renforce l'impact de la maladie(Horton 2020). Cet auteur explique que la forme/gravité de la maladie dépend du contexte socioéconomique de la personne. Selon cet auteur, la Covid-19 ne doit pas être vu

⁵² Substance abuse, violence, AIDS

comme une pandémie, mais plutôt comme une syndémie. Il rappelle que dans une perspective syndémique, il faut avoir un regard non pas pris dans une conception pasteurienne de la maladie (le virus est tout) mais porté par une conception écologique (les dimensions socio-sanitaires et structurelles en interaction dans un contexte) ce qui impose de descendre de l'échelle globale à l'échelle des contextes (socioéco, infra-nationaux)(Horton 2020). La figure ci-dessous décrit la syndémie du Covid 19 :

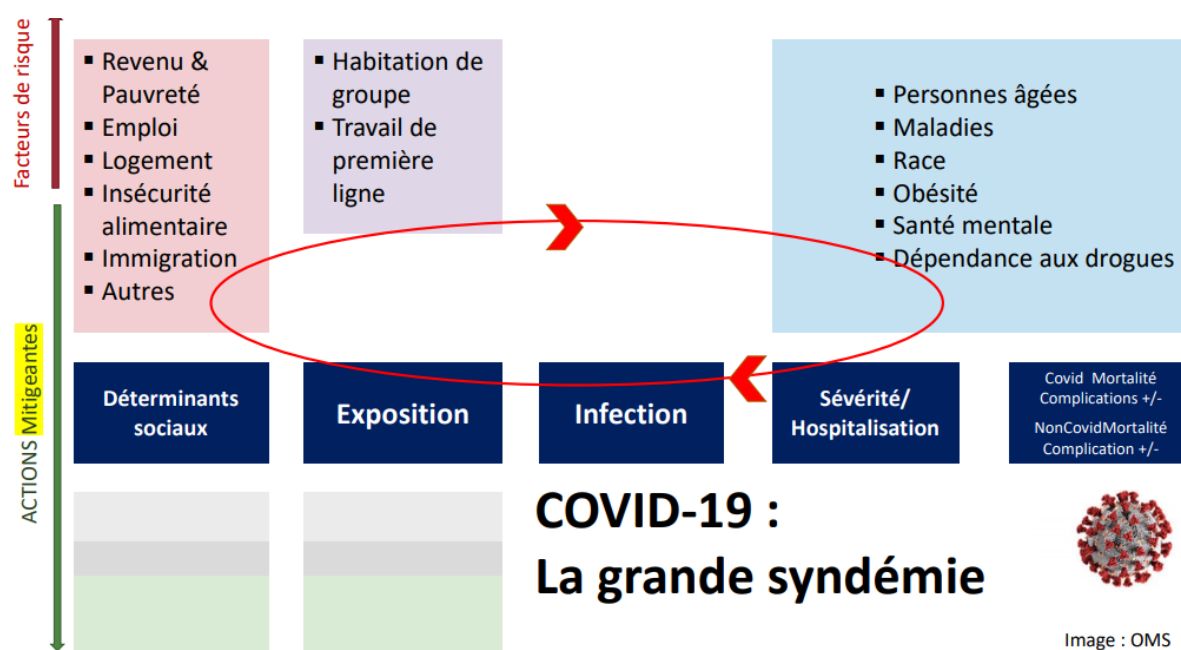


Figure 8: COVID 19, la grande syndémie⁵³

Nous avons choisi de mobiliser le concept de syndémie pour l'appliquer comme Singer à la condition sanitaire des femmes UD qui ont plusieurs comorbidités en interaction. Les environnements sociaux, y compris les structures des relations sociales, telles que la stigmatisation et l'inégalité qui contribuent à renforcer l'imbrication des maladies et des autres problèmes de santé. Ainsi, le CEPIAD vise à prévenir et à prendre en charge l'épidémie de VIH alors qu'il y a synergie avec les effets de la catégorisation d'UD et du genre, et en plus les effets d'autres pathologies comme les hépatites, la Covid 19.

CHAPITRE 5. Méthodologie, éthique et réflexivité

Introduction

Dans son livre "Écrire les sciences sociales" Becker recommande de parler à la 1^{ère} personne et de ne pas mettre de formes passives qui désengagent le sujet (Becker 2004). En référence à Becker je vais utiliser la 1^{ère} personne du singulier dans ce chapitre et parler plus directement des données recueillies.

J'ai commencé les investigations pour cette thèse en 2016-2017 et mené mes recherches dans la région de Dakar et de Thiès (Saly/Mbour). Le choix d'effectuer les enquêtes dans ces localités est lié aux objectifs et au contexte de notre travail. Cette thèse est associée à deux projets de recherche financés par l'ANRS. Depuis 2016, le projet CODISEN (Étude de Cohorte de Consommateurs de drogues Injectables au Sénégal) étudie le devenir des CDI pris en charge au CEPIAD sur les plans clinique, addictologique et socio-anthropologique. Dans la continuité, depuis 2018 le projet CODISOCS (Consommateurs de drogues et dynamiques sociales au Sénégal) interroge les effets sociaux du dispositif de soins du CEPIAD, incluant son accessibilité et son acceptabilité pour divers profils de CDI dans leur contexte socio-culturel. Dans une logique de prévention du VIH ciblée, le Fonds Mondial soutient l'implémentation des stratégies de réduction des risques. Le Conseil national de lutte contre le sida (CNLS) et le Centre régional de recherche et de formation à la prise en charge de Fann (CRCF), en collaboration avec des partenaires du Nord et d'Afrique (Esther, l'ANRS, l'association Hasnouna à Tanger, l'association PROSES, Montreuil) ont accompagné la mise en place du CEPIAD, modèle pilote d'une prise en charge moderne des consommateurs en Afrique de l'Ouest (Ba, Leprêtre, et Maynard 2015; Sayag 2016). Après l'ouverture du CEPIAD, une Unité de prise en charge des addictions a été mise en place à Mbour (UPAM) dans la région de Thiès en 2018.

Dakar est la capitale économique, politique et culturelle du Sénégal. Elle est l'une des quatorze régions administratives du Sénégal. C'est la plus petite région en termes de superficie (550 km² soit 0,28% du territoire national) cependant elle est la plus peuplée avec une densité de 6 786 hbts/km² en 2019. Elle est ouverte à l'océan Atlantique par sa position géographique. La région est constituée de quatre départements (Dakar, Rufisque, Pikine, Guédiawaye)⁵⁴. La figure

⁵⁴Situation Economique et Sociale régionale (SES 2019) <https://www.ansd.sn/ressources/ses/SES-Dakar-2019.pdf>

suivante représente la région de Dakar avec les zones d'intervention de l'équipe de terrain du CEPIAD :

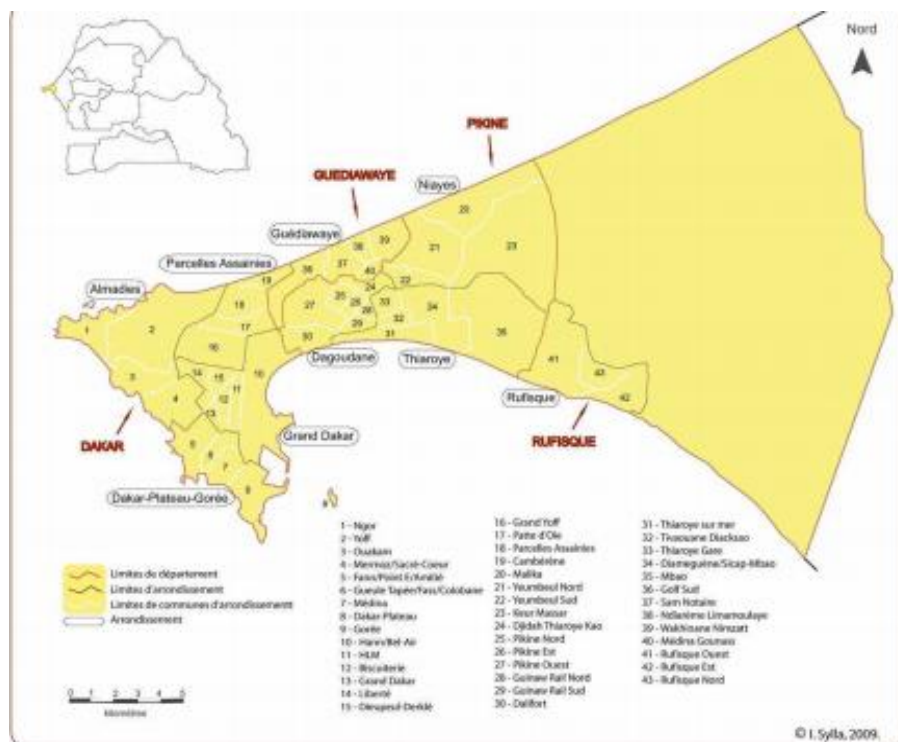


Figure 9 : Région de Dakar, zone d'intervention équipe Outreach

La région de Thiès est située à 70 km de Dakar à l'ouest du pays, en couronne autour de la presqu'île du Cap-Vert. La région de Thiès compte 2 105 707 habitants en 2019. Elle couvre une superficie de 6.601 km² soit 3,4 % du territoire national. Elle est découpée en trois départements (Mbour, Thiès et Tivaouane). La région est une zone touristique importante. Elle est au carrefour de deux façades maritimes : au nord se situe la Grande Côte qui correspond à la zone maraîchère des Niayes ; au Sud, s'étend la Petite Côte qui est une zone balnéaire et résidentielle de loisir la plus fréquentée au Sénégal. Mbour, Toubab Dialaw et Saly sont les zones les plus visitées par les touristes. La commune d'arrondissement de Saly portudal est dans le département de Mbour. Elle est une station balnéaire située à 80 km au sud de Dakar ; c'est le plus grand site touristique de l'Afrique de l'ouest⁵⁵.

⁵⁵ Situation Economique et Sociale régionale de Thiès (SES 2018) <http://www.ansd.sn/ressources/ses/SES-Thies-2017-2018.pdf>



Figure 10: Région de Thiès⁵⁶

Dans ce chapitre je présente la démarche méthodologique adoptée pour la thèse. Je vais décrire les différentes techniques utilisées, l'organisation des enquêtes, la description des sites d'observations, les profils des personnes interrogées ainsi que les conditions de production de nos données et les considérations éthiques. La méthode développée pour la thèse repose sur une approche qualitative. Ce choix s'est imposé car il s'agit de comprendre des expériences personnelles et d'analyser des phénomènes sociaux (drogues, addictions, santé). Les approches biographique et ethnographique nous ont permis de produire des données complémentaires sur les trajectoires de vie, de consommation et de soins des femmes usagères de drogues injectables.

5.1 Populations et sites d'enquête

5.1.1 Les sites d'observations

Des observations ont été menées dans deux sites : le Centre de prise en charge des Addictions (CEPIAD) de l'hôpital Fann et l'Unité de prise en charge des addictions de l'hôpital de Grand Mbour (UPAM).

⁵⁶ [https://fr.wikipedia.org/wiki/Thi%C3%A8s_\(r%C3%A9gion\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Thi%C3%A8s_(r%C3%A9gion))

Le Centre de prise en charge des Addictions (CEPIAD) a été construit au sein du service de psychiatrie du CHNU de Fann. Depuis fin Janvier 2015, le centre propose aux UD un programme de soin et de Réduction des Risques (RDR) pour les VIH, VHB, VHC, incluant un traitement de substitution aux opiacés (surtout l'héroïne) par méthadone, un programme d'échanges de seringues, des activités de convivialité, une psychothérapie. En 2016-2017 quand nous venions de démarrer nos enquêtes le bâtiment d'un étage était occupé. En 2019 les espaces ont été réorganisés du fait de travaux de consolidation et de réaménagement du bâtiment. Le personnel du CEPIAD s'est trouvé donc dans l'obligation de replier ses activités dans une partie réduite du bâtiment jusqu'à la mise en place en 2021 de nouveaux bureaux et espaces provisoires.

L'Unité de prise en charge des addictions de l'hôpital de grand Mbour (UPAM) a été mise en place en 2018 dans une optique de décentralisation de l'offre du CEPIAD. Elle est logée au sein de l'Unité de Traitement Ambulatoire (UTA) des patients VIH de l'hôpital de grand Mbour. L'UPAM propose également le traitement méthadone et un programme d'échange de seringues. Elle est soutenue par Enda santé dans l'élaboration et le déroulement des activités de convivialité. Depuis le démarrage des activités de l'UPAM, il n'a pas de femmes inscrites au programme méthadone. Les femmes rencontrées dans la localité de Mbour/Saly consomment pour la plupart de la cocaïne/crack.

5.1.2 Modalités de prise de contact

Durant la première année d'enquête il a été difficile de rencontrer des femmes hors du CEPIAD. Avec l'aide des médiatrices-teurs et en faisant des sorties périodiques de jour et de nuit sur le terrain, j'ai pu rencontrer ces deux dernières années différents profils de femmes CDI. L'appui des pairs médiateurs m'a permis d'identifier des femmes UD. Ils ont facilité notre travail, en sensibilisant leurs pairs à me faire confiance, en témoignant de la confidentialité qui entoure mon travail. Les pairs médiateurs m'ont également appris des attitudes, des langages à tenir pour aborder au mieux les femmes. A partir de là, j'ai pu tisser des relations d'enquête plus amicales. La collaboration avec ces relais a été également bénéfique pour les sorties de nuit où il n'était pas toujours aisé pour une femme de se rendre seule dans les bars et les boîtes de nuit. Ils m'ont permis de me sentir en sécurité et d'engager de nouvelles relations à chaque sortie.

Une méthode dite boule-de-neige a été utilisée avec une entrée dans des associations de Travailleuses du Sexe comme Karlène et And Sopékou. La méthode boule de neige consiste à demander aux premières personnes interrogées d'en indiquer d'autres qui pourraient être

concernées par l'enquête et ainsi de suite. C'est ainsi que certaines femmes m'ont mise en contact avec leurs pairs.

5.1.3 Participants à l'enquête

Les catégories de personnes interrogées concernent en premier lieu les femmes UDI inscrites dans le dispositif de prise en charge, sous traitement depuis un mois et plus, et les femmes UDI qui ne fréquentent pas une structure de soins pour le traitement de l'addiction. La seconde catégorie concerne les hommes UDI qui ne fréquentent pas le CEPIAD. La troisième catégorie regroupe les personnes ressources (soignants, intervenants dans le domaine, spécialistes de la réduction des risques).

J'ai recueilli 34 biographies de femmes. Les personnes interrogées comprennent 42 femmes (entretiens individuels et focus), 10 hommes (entretiens individuels) et 6 acteurs institutionnels. Le nombre de participants est réparti comme suit

- 2016-2017 : 10 femmes fréquentant le CEPIAD et 3 femmes hors CEPIAD
- 2017-2018 : 8 récits de vie par entretiens répétés au CEPIAD et 2 femmes hors CEPIAD
- 2018-2019 : 10 femmes hors CEPIAD à Dakar, 6 femmes à Mbour et 10 hommes hors CEPIAD. 4 focus groups réalisés (6 à 5 participants par groupe).
- 2020 à 2021 : 5 entretiens à Mbour (2020) dont 3 récits de vie par entretiens répétés et 2 femmes rencontrées à Saly. 14 entretiens individuels (2020) sur l'impact de la Covid 19 sur la vie des femmes CDI. 6 entretiens individuels (2021) avec les acteurs institutionnels.

Les femmes rencontrées au CEPIAD se sont auto-désignées « patients » ou ex (CDI) ou (UDI). Les termes *junky* ou *drogué* sont considérés comme stigmatisants mais peuvent être tolérés à l'extérieur du CEPIAD. Les femmes du CEPIAD utilisent les termes *femmes qui sortent la nuit*, *cocaïnomanes* quand elles évoquent la situation des femmes qui ne viennent pas au centre. Les femmes rencontrées à Dakar hors CEPIAD désignent les femmes incluses dans les soins comme des *anciennes junkies*. La plupart des femmes rencontrées à Mbour s'auto-désignent comme des *consommatrices occasionnelles de crack*. La représentation que se font les participantes de leur état actuel est importante puisqu'elle sert de référence dans les discours sur les rapports aux soins.

5.2 Collecte des données

5.2.1 Techniques utilisées et organisations des enquêtes

Pour analyser des processus sociaux complexes, il est important de recueillir des données fines afin d'arriver à saisir la dynamique de la vie des individus. Ainsi, les données ont été collectées de manière progressive. Nous avons fait des passages répétés sur le terrain en diversifiant les contextes de rencontres avec les femmes (CEPIAD, lieu d'habitat, quartiers populaires, monde de la nuit et du divertissement). Différentes techniques ont été mobilisées pour collecter les données, lors d'enquêtes successives articulées et organisées comme suit :

- 2016-2017 : Immersion au CEPIAD, Recueil de récits de vie auprès des femmes à Dakar. Exploration des parcours de consommation et de soins des femmes fréquentant ou non le CEPIAD.
- 2017-2018 : Observations et récits de vie par entretiens répétés à Dakar.
- 2018-2019 : Observations et récits de vie à Dakar, Saly/Mbour. Entretiens individuels auprès des hommes afin d'explorer les différences d'accès au CEPIAD. Groupes d'entretiens dirigés avec les femmes sur des thèmes focalisés.
- 2020 à 2021 : Récits de vie par entretiens répétés auprès des femmes rencontrées à Saly. Entretiens individuels avec les femmes sur l'impact de la Covid 19 sur la vie des femmes UDI. Entretiens individuels auprès des intervenants et personnes ressources.

Immersion et observations

Pour me familiariser avec le terrain, une immersion au CEPIAD pendant une année, premier exercice de l'enquête de terrain, m'a permis de participer aux activités avec les patients (causeries, club méthadone, repas communautaire). La méthode de l'observation directe m'a permis de faire une description approfondie de tous les espaces (utilisation, occupation), de recueillir des informations relatives aux usagers de drogues et aux femmes en particulier (circuit, prise de la méthadone, activités, différences entre les hommes et les femmes pendant les activités, sujet de discussions, actualités dans le milieu). Tout au long de la thèse, j'ai participé à la plupart des activités organisées par les acteurs de la réponse à l'endroit des femmes, ce qui m'a permis d'observer les réactions des femmes et de décrire les activités. En étant immergée sur le terrain, j'ai pu progressivement développer des relations privilégiées avec les UD, établir une certaine confiance avec les femmes. J'ai fait des sorties de nuit dans les bars et boîtes de nuit en vue d'établir des liens avec les femmes et d'observer les interactions dans le monde de la nuit et du divertissement.

Les récits de vie

Après quelques mois passés au CEPIAD, en 2017, j'ai proposé un entretien biographique approfondi aux femmes prises en charge au fur et à mesure de leur passage, dans les suites de leur prise de méthadone, de leur participation aux activités de convivialité ou de leurs rendez-vous médicaux. Les entretiens ont été réalisés dans un endroit calme du centre. Les femmes hors des centres de prise en charge à Dakar et à Mbour ont été plus difficiles à identifier et à rencontrer. D'année en année, j'ai contacté ces femmes grâce à la collaboration avec des pairs médiateur-rices de l'équipe Outreach du CEPIAD et de l'UPAM.

Le récit de vie est un élément central de ma recherche ethnographique. Le récit est un processus par lequel un individu donne un sens à son expérience. En sciences sociales, l'enquête biographique permet d'étudier des mondes sociaux (personnes réunies autour d'une activité spécifique) ou des catégories de situation (des personnes dont les conditions sociales et les identités créent les mêmes contraintes et les mêmes logiques) (Bertaux 2016). En anthropologie de la santé, les récits de maladies permettent de comprendre comment les gens donnent un sens à leurs expériences en rapport avec la maladie et la guérison (Kirmayer 1989).

Dans cette étude, les récits de vie m'ont permis de saisir la manière dont les femmes UD se racontent et donnent du sens à leurs problèmes d'usages de drogues. Les enquêtes par passage répétés sur le terrain ont permis d'instaurer une certaine confiance auprès des femmes et d'approfondir les récits de vie. Alors que j'ai rencontré certaines personnes une fois, qui avaient eu du mal à parler de leur expérience, d'autres m'ont accordé deux à cinq entretiens. Pour certaines femmes, les premiers récits ont apporté très peu d'informations, cependant au fil des rencontres, les discours des femmes ont évolué, façonné par des identités narratives. Cette notion qui nous vient du philosophe Paul Ricoeur fait référence aux histoires que les individus construisent pour se raconter afin de comprendre qui ils sont pour eux-mêmes et pour les autres (Ricoeur, Pellauer, et Blamey 1988). Les femmes se sont engagées à nous livrer les étapes et les tournants de leurs trajectoires. Certains récits de vie sont riches et denses. Elles se sont prêtées au jeu en trouvant du sens à raconter leur trajectoire d'usages de drogues et de recherche de soins pour l'addiction. Elles ont été à la fois auteures et narratrices de leurs histoires de vie en nous livrant au fil de nos rencontres différentes séquences temporelles d'événements. Se raconter, c'est reconstituer une trajectoire, raconter un processus et des évolutions. Le récit met en relief le passé, le présent et l'avenir (Ricoeur, Pellauer, et Blamey 1988).

Les entretiens individuels ont permis d'aborder des thèmes focalisés. En 2019, dans le but d'analyser les différences d'accès au CEPIAD, des entretiens individuels ont été menés auprès d'hommes UD ne fréquentant pas le dispositif de prise en charge. En 2020, mes données empiriques ayant montré que la survenue de la COVID avait renforcé la vulnérabilité des femmes CDI, j'ai cherché à savoir quel type de vulnérabilité était exacerbé. C'est ainsi que j'ai réalisé des entretiens auprès de femmes dont nous avons recueillis en amont les biographies. En 2020/2021, j'ai mené des entretiens individuels auprès des intervenants socio-sanitaires pour analyser le facteur genre dans les réponses au besoin de santé des femmes UD. Une partie des entretiens pendant le contexte de la Covid 19 ont été réalisés par téléphone ou par WhatsApp ou Zoom en vue de respecter la distanciation physique.

Les entretiens collectifs m'ont permis d'explorer les déterminants possibles des trajectoires de consommation et de soins : grossesse, relation au partenaire, stigmatisation. Pour connaître le point de vue des femmes sur cette question, j'ai organisé des focus group avec les femmes au CEPIAD et hors CEPIAD autour des thématiques suivantes :

- La grossesse : difficultés pour les femmes CDI et stratégies
- La stigmatisation : difficultés pour les femmes CDI et stratégies
- Les partenaires : soutien et difficultés pour les femmes CDI, stratégies
- Besoins et attentes

5.2.2 La recherche documentaire

Les références bibliographiques citées dans cette thèse sont issues de différentes sources de données. J'ai effectué des recherches documentaires à la bibliothèque centrale et virtuelle de l'UCAD. Des documents de la bibliothèque d'Anthropologie de l'équipe TransVIHMI de Montpellier qui m'a accueillie comme stagiaire en 2019 ont également été exploités. La bibliothèque Zotéro de l'équipe CODISOCS et l'accès à la bibliothèque numérique Youscribe, nous a permis de consulter un certain nombre de ressources documentaires. L'utilisation de google scholar a donné un aperçu sur des revues en ligne.

Pour produire ce corpus de données documentaires, je suis partie des références bibliographiques citées par les premiers auteurs que nous avons trouvés. L'analyse de ces références m'a permis d'accéder à un corpus plus large et aux questions spécifiques traitées en rapport à consommation de drogues au féminin. Les mots clés utilisés dans la recherche en ligne comprennent : « femmes et drogues », « femmes, genre, addictions » «women who uses drugs », «women and addiction», « femmes, toxicomanies »... Nous avons également investigué des

thématiques connexes comme la réduction des risques, les drogues, l'intersectionnalité, le Covid, la syndémie des usagers de drogues.

Les ressources bibliographiques ont été stockées dans Zotero⁵⁷, un logiciel de gestion de références open access. Il permet de traiter, d'organiser et de classer différents documents de recherches. Il offre la possibilité de synchroniser les données depuis plusieurs ordinateurs. Les citations sont ainsi générées de manière automatique sur Word grâce à l'intégration d'un plugin. Zotero donne la possibilité d'utiliser différentes méthodes de référencement des documents. Dans le cadre de notre travail, nous avons opté pour la méthode de la Revue Française de Sociologie (auteur, date).

5.2.3 Le traitement des données

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord de chaque participante. Les données ont été traduites du wolof en français lorsque nécessaire, retranscrites et saisies, puis nettoyées. Au cours du nettoyage des données, l'anonymisation déjà appliquée au cours de l'entretien a été complétée, notamment par l'utilisation d'un pseudonyme pour chaque participante pour garantir la confidentialité. J'ai essayé d'anonymiser au mieux les récits de vie, en donnant parfois des âges approximatifs ou en changeant le nom des quartiers où habitent les femmes afin de respecter leur vie privée. Les questions de confidentialité sont très importantes pour les personnes auprès desquelles j'ai enquêté. Les femmes ont vécu de nombreuses situations de stigmatisation de la part de leur entourage et de la société. Pour accéder à ces informations j'ai dû les rassurer sur la confidentialité dans le traitement et l'utilisation des données recueillies.

Les récits de vies présentés de manière détaillée ont fait l'objet d'une analyse typologique. Quelle que soit la discipline scientifique, la production des connaissances s'appuie généralement sur des classifications et catégories. La pratique de l'analyse typologique est utile pour réaliser une description organisée et caractériser des individualités historiques. Le recours à la typologie n'a pas pour objet de classer les individus, mais elle vise à rendre intelligible des expériences vécues (Demazière 2013). J'ai utilisé un mode de catégorisation dit « polythétique » pour classer les trajectoires. Cette notion suppose que le groupe social étudié agrège une pluralité de caractéristiques portées par des sous-groupes diversifiés et qui partagent des similitudes globales (Martiniello et Simon 2005).

⁵⁷ Le Logiciel Zotéro a été développée à l'initiative du Center for History and New Media (CHNM) de l'université George Mason. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Zotero>

Les entretiens ont également été codifiés à l'aide du logiciel de traitement de données qualitatives Dedoose pour dégager les aspects dynamiques et sous-jacents aux trajectoires. L'analyse des données sur Dedoose permet de créer une base de données et de réaliser un arbre de codes (qui peut être ordonné par ordre alphabétique). L'exportation de codes au format Word permet d'inclure tous les extraits associés à chaque code, c'est donc un moyen rapide d'exporter et d'organiser tous les extraits d'une enquête qualitative qui a l'avantage de permettre un codage et traitement systématique et exhaustif des données.

5.3 Considérations éthiques et réflexivité

L'éthique est définie comme une « démarche réflexive sur les valeurs et les finalités de la recherche scientifique » (Coutellec 2019). Le terme éthique de la recherche fait référence aux normes et procédures institutionnelles. C'est aussi des délibérations (ce qu'on appelle le débat éthique) et la réflexivité qui aident à constituer et à réguler les activités scientifiques. L'éthique de la recherche est une codification de la morale scientifique dans la pratique. Les lignes directrices en matière d'éthique de la recherche précisent les normes et valeurs fondamentales de la communauté de recherche. Elles sont fondées sur l'éthique générale de la science, tout comme l'éthique générale est fondée sur la moralité de la société dans son ensemble (Carvallo 2019).

Le passage par les comités d'éthique nationaux ou internationaux est devenu obligatoire pour la recherche en sciences sociales à partir du moment où les thèmes investigués portent sur des questions de santé. Dans les pays du Sud, pour travailler sur des questions liées au VIH, il faut impérativement l'avais des comités d'éthiques qui exigent de respecter certaines normes en amont de la collecte de données (Desclaux 2008). Dans notre recherche, nous avons obtenu l'avis du comité d'éthique pour les projets CODISEN et CODISOCS auxquels cette thèse est associée (respect des règles éthiques du projet, formulaire de consentement, confidentialité, défraiement de transport + collations).

Par ailleurs, dans la recherche en sciences sociales : « les chercheur.euse.s sont confrontées à des interrogations éthiques directement issues de leurs pratiques, en particulier tout au long de leur présence sur le terrain » (Burton-Jeangros 2017). Dans la pratique, des situations complexes se sont présentées à nous et imposent un retour réflexif « entre intégrité scientifique et responsabilité sociale » (Coutellec 2019). Il s'agit notamment des conditions de travail sur un terrain sensible.

5.3.1 Le parcours de la chercheuse

En 2016-2017, je suis arrivée sur mon terrain de recherche avec beaucoup d'appréhension. Pour comprendre ces tâtonnements et ces difficultés, il est important de revenir sur mon parcours. Quelques années plus tôt, en 2014, nous avons travaillé sur la malnutrition des enfants de 0 à 5 ans. Après cela, une pause dans notre trajectoire académique s'est imposée avec la naissance de mon enfant. J'avais le sentiment de n'être pas capable de continuer mon parcours académique avec toutes les charges imposées par la maternité. Puis en 2016, s'est présentée l'opportunité d'être intégrée dans un projet sur les consommateurs de drogues en rejoignant l'équipe du CRCF. Les premiers pas dans ce projet, m'ont reconnectée à la recherche et ont suscité en moi les questionnements sur lesquels repose cette thèse. Cependant je me suis retrouvée sur un terrain totalement différent de mon expérience de travail sur les enfants en master 2, même si les femmes représentent une autre catégorie de genre. Face à la faible participation des femmes UD au CEPIAD et au questionnement des acteurs « où sont les femmes ? », il était pour moi évident qu'il ne serait pas facile d'atteindre les femmes hors du dispositif de PEC. Tout au long de mon terrain je me suis donc interrogée sur : comment approcher une population décrite comme « invisible » « cachée » dans les travaux ethnographiques précédents ? Comment produire des connaissances sur un terrain sensible ? Quelle posture adopter lorsqu'en tant que femme travaillant sur des femmes aux vécus douloureux, des émotions s'imposent ?

5.3.2 Etablir la confiance sur un terrain sensible

D'emblée, les conditions de réalisation d'une enquête en terrain sensible sont toujours complexes. Le terme *terrain sensible* fait référence à des enquêtes portant sur des sujets passés sous silence ou discrédités dans la société ou à des terrains marqués par la souffrance, la violence, la stigmatisation, les rapports de domination, l'injustice... Il fait également référence à des espaces (ghettos, zones de conflit, camps) ou à des populations jugées comme déviantes ou que les institutions identifient comme exceptionnelles (par exemple homosexuels, usagers de drogues, réfugiés) (Sakoyan 2006; Fresia, Bouillon, et Tallio 2006).

Le premier défi qui s'est présenté à moi en terrain sensible concerne l'accès à la population et la manière de gagner la confiance des enquêtés. Dans ma recherche, le début des enquêtes a été difficile. Les femmes se sont montrées assez méfiantes au départ. Pendant les premiers mois au CEPIAD, elles déclinaient souvent mon invitation à discuter parce qu'elles préféraient rentrer chez elles juste après la prise de la méthadone et d'autres me disaient qu'elles étaient occupées,

mais ne manquaient pas de promettre une collaboration à un autre jour. Il fallait donc sans cesse négocier un rendez-vous en vue d'un entretien. Après les premières entrevues, je pouvais parfois les entendre dire « elle est pire qu'une inspectrice ! ». L'extrait d'entretien suivant témoigne des réticences que les femmes ont manifestées au début :

« R : Je n'aime pas parler de ma vie privée comme ça, ça ne m'intéresse pas, là je suis en train de parler de ma vie entière. Si ça vous intéresse, je n'en disconviens pas, mais est-ce que moi ça m'intéresse (...).

E : Je vais t'expliquer en fait..., j'ai commencé par te dire que c'est anonyme. Si je t'invite à parler de ton parcours c'est pour un peu comprendre ta trajectoire de consommation (...), mais je veux que tu saches que tu ne peux parler que de ce que tu veux aborder, mais c'est dans la confidentialité qu'on est en train de discuter

R : (...) c'est sûr que ça vous sera utile d'une manière ou d'une autre, mais on ne peut pas se dire que c'est un entretien et donc on doit entrer dans la vie totale de la personne, il y a un strict minimum, j'ai un droit de réserve sur ma vie privée.

E : Mais c'est pourquoi je vous ai demandé de m'accorder un entretien individuel, confidentiel, il n'y a que toi et moi et Dieu, et c'est anonyme, donc on n'a même pas besoin de savoir que c'est telle personne qui a dit telle ou telle chose, du coup, même pour les entretiens on change les noms, on t'affecte un autre nom pour que ça soit anonyme

R : Ok tu peux continuer mais fais attention à certaines questions parce que je suis libre de répondre ou de ne pas répondre

E : D'accord

R : Je sais que tu es tenace mais tu me trouveras ici

E : Alors tu veux qu'on arrête, parce que je veux que ça soit un échange qui soit vrai, sincère (...) C'est confidentiel et je ne te regarderai pas d'un œil en fait, je ne suis pas là pour te juger

R : Non ce n'est pas ça parce que celui qui juge doit d'abord se juger lui-même, et moi si une personne me juge ça ne me fait ni chaud ni froid. Donc on continue. La question c'était quand est-ce que j'avais commencé à consommer de la drogue. C'était par rapport à mon second enfant ? »
Entretien avec Siga en 2017.

La participation aux activités de convivialité au CEPIAD et les discussions informelles engagées avec elles dans la cour du centre ont fini par instaurer une certaine familiarité. La quotidienneté a été dans ce cas une dimension temporelle importante qui a facilité les conditions de production de mes données. Ma présence régulière sur le terrain m'a immergée dans le quotidien des femmes usagères de drogues. Bien plus tard les femmes m'ont confiée que ces

réticences étaient dues au fait qu'elles n'étaient pas encore prêtes à se dévoiler à un inconnu. Cela est d'autant plus vrai que dans les premiers récits de vie recueillis, certaines femmes ont dissimulé des passages de leurs trajectoires. Ces aspects seront racontés de manière plus élaborée plus tard, lorsque la confiance s'est installée. D'ailleurs le récit de vie de Siga fait partie des trajectoires les plus denses que j'ai recueillies dans le cadre de ce travail. Instaurer un lien de confiance s'est fait de manière progressive. Une fois que je me suis fait une réputation de quelqu'un à qui on peut avoir confiance dans le milieu, il est devenu bien plus aisé de discuter avec des femmes au premier abord. Elles me disent maintenant « ci gnoune gua bok » (tu es des nôtres, tu fais partie de la communauté). Cette acceptation du chercheur sur son terrain s'est traduite aussi dans le fait que les femmes venaient souvent me voir pour demander des informations médicales, pour éclaircir ce qui leur a été dit pendant une consultation somatique ou addictologique. Ma posture dans ces cas-là a toujours été de les écouter et de les renvoyer vers les personnes compétentes pour répondre à leurs demandes.

En ce qui concerne les femmes rencontrées en dehors du dispositif de prise en charge, j'ai également tissé des liens amicaux qui impliquaient de prendre le temps d'expliquer l'utilité de ma recherche, de rassurer sur la confidentialité des données collectées. La collaboration avec les médiateurs-rices a été d'un grand apport pour approcher les femmes qui m'assimilaient à une journaliste. Ils prenaient à chaque fois un moment pour briefer la personne enquêtée sur le but de notre présence sur le terrain. Ils insistaient sur ma position de jeune chercheuse ayant été la première à s'intéresser aux femmes UD. Le rôle joué par les médiateurs est important, comme l'indiquent Marzo et al (2020) :

« Le recours à des intermédiaires demeure aussi crucial pour instaurer un climat de confiance, approcher des personnes aux vécus douloureux (...) ou encore pour être présenté adéquatement afin d'obtenir l'acceptation d'un informateur en vue d'une rencontre et mieux appréhender les logiques d'appartenance politique et la complexité des paysages politiques. »(Marzo et Gomez-Perez 2020).

Parfois certaines femmes refusaient de me recevoir malgré les explications du médiateur. Cependant avec les passages répétés sur le terrain, j'ai réduit la distance avec ces femmes en acceptant de passer avec elles des moments de convivialité dans les bars, en bricolant une approche fondée sur des discussions informelles autour d'un verre. Au fil du temps, les femmes ont également commencé à percevoir l'intérêt de mon travail ethnographique, elles disent maintenant : « personne ne s'intéressait à nous, si aujourd'hui, les gens comment à s'intéresser aux femmes UD c'est parce que tu as parlé de ça et donc on considère que tu es là pour nous ».

Au-delà de la relation avec les femmes, j'ai vécu des situations sensibles et inconfortables sur le terrain. En 2018, alors que j'étais en entretien avec un homme au CEPIAD en lien avec les objectifs du projet CODISOCS, celui-ci a fait une crise de surdose. Ce patient qui n'avait pas l'habitude de répondre à mes invitations à discuter, m'a abordée un matin à la porte du CEPIAD, en me disant qu'il était prêt à faire un entretien. La curiosité et la sensibilité de l'ethnographe m'a poussée à vouloir écouter ce qu'il voulait dire. Après une minute de dialogue dans la salle où nous étions, je me suis rendue compte qu'il n'était pas dans son état normal, j'ai donc interrompu l'entretien en lui promettant de continuer à échanger à notre prochain passage. Mais en se levant, le patient a titubé, en cognant le mur, il est tombé par terre, il ne bougeait plus. J'ai appelé à l'aide l'équipe médicale du CEPIAD qui a diagnostiqué une overdose (association de la méthadone avec d'autres produits). Il a été ensuite transporté aux urgences. Quelqu'un m'a demandé : « pourquoi tu faisais un entretien avec lui, tu n'as pas remarqué qu'il empestait l'alcool ? » rajoutant de la culpabilité à ma frayeur. Fort heureusement, il a été mis hors de danger grâce à une dose de naloxone qui avait été offerte au coordonnateur du CEPIAD des mois avant l'incident. Si cette situation a tiré l'alarme sur l'intérêt de la disponibilité de la naloxone au Sénégal, elle a impacté mon travail de terrain pendant un moment. Avec l'aide du coordonnateur psychiatre/addictologue j'ai pu extérioriser et parler de la peur ressentie ce jour-là ; cependant après l'incident il m'a fallu attendre quelques mois avant de retourner sur le terrain. Bref, cela montre en tout cas l'importance de se former aux gestes de premiers secours en cas d'overdose lorsqu'on travaille auprès des usagers de drogues.

5.3.3 Le sexe de l'enquête

La question de l'appartenance du chercheur au groupe est pertinente dans la recherche qualitative, dans la mesure où le chercheur joue un rôle direct et intime à la fois dans la collecte et l'analyse des données. Cependant que le chercheur soit *Insider* (indigène), partageant les mêmes caractéristiques avec les participants et travaillant dans son pays ou sa communauté, *Outsider* (étranger) (Marzo et Gomez-Perez 2020), il n'en demeure pas moins que la personnalité du chercheur (qu'il soit *Insider* ou *Outsider*) et son rapport à la population enquêtée reste un aspect essentiel et omniprésent de l'enquête. Ouattara (2004) disait à ce propos que « la dichotomie entre « ethnologie chez soi » et « ethnologie chez l'autre » est très discutable » (Ouattara 2004). Dès lors, il convient maintenant de dépasser cette fausse distinction et de se pencher sur des éléments qui impactent davantage la complexité du terrain comme « l'âge, le statut social, le sexe, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, l'appartenance ethnique » (Marzo et Gomez-Perez 2020). C'est sur ce point que j'aimerais réfléchir sur le rapport au

terrain d'une ethnologue femme travaillant auprès de femmes jugées comme déviantes dans la société sénégalaise.

La criminalisation de la consommation de drogues fait que les UD sont considérés comme des délinquants par la société. Les femmes UD sont souvent perçues comme doublement déviantes : aux yeux de la loi du fait de leur statut d'usagères et aussi par rapport aux normes de genre relatives à la sexualité, à la procréation et à la maternité. Cette perception induit une plus forte stigmatisation des femmes que des hommes UD (Werner 2000). En tant que membre de la société sénégalaise, j'avais aussi cette perception-là. Dès lors, le premier exercice auquel j'ai été confronté sur le terrain a été de déconstruire ce regard sur les UD. J'ai donc gardé en conscience que « l'objectivation du rapport subjectif à l'objet fait partie des conditions de l'objectivité ; la première des conditions de la scientificité de toute science sociale est qu'elle s'arme de la science de ses propres conditions sociales de possibilité » (Bourdieu 1978). Ainsi, ma première réaction sur le terrain quand j'ai rencontré les femmes UD au CEPIAD a été de l'étonnement et de la pitié : « Les femmes UD ça existe ? Comment dans une société sénégalaise tellement normée des femmes arrivaient-elles à consommer de la drogue ? » Cet étonnement a donc servi de prétexte ethnographique. Toutefois, je me suis vite rendu compte de la difficulté d'arriver à un certain confort ethnographique en travaillant sur des thématiques passées sous silence. Comme disait Becker (1985) :

« Les phénomènes moraux qu'implique toute étude de la déviance sont difficiles à maîtriser. Cette question constitue un aspect d'un problème plus général, celui du point de vue que le chercheur doit adopter sur ce qui est conventionnellement tenu pour mal et des sympathies qu'il ressent pour telle ou telle catégorie. Ces contraintes se posent naturellement dans l'étude de n'importe quel sujet, mais elles sont susceptibles d'être plus aiguës dans la mesure où les pratiques des acteurs sur lesquelles porte l'investigation sont conventionnellement blâmées » (Becker 1985 :194)

Par ailleurs, je pense que le fait d'être femme a été un atout sur mon terrain de recherche. Au fur et à mesure que j'avancais dans la collecte des données, les relations avec les femmes sont devenues plus amicales. Cette proximité a été également facilitée par mon appartenance de genre. Lorsque les femmes abordaient la question des enfants ou les difficultés avec les partenaires, elles disaient parfois « je te raconte ça parce que je sais que tu peux le comprendre car tu es une mère, tu es une femme et tu sais comment ça se passe dans la société sénégalaise ». Le fait d'offrir une écoute active aux femmes m'a permis d'entretenir avec elles des relations privilégiées. Cette proximité montre que la relation d'enquête est éminemment une relation

sociale. Au départ, je n'ai pas pensé que le fait d'être une femme travaillant sur des femmes pouvait faciliter nos rapports avec la population enquêtée, mais :

« la dynamique de la recherche conduit (...) à identifier et tirer le fil du genre, à négocier sa place en fonction d'assignations genrées, à jouer sur des complicités ou des résistances sexuées, à intégrer sans le nier l'horizon théorique de la sexualisation de la relation d'enquête. » (Monjaret et Pugeault 2015).

De mon côté, je me suis demandée est-ce que j'utilise l'écriture inclusive ou pas? Plus tard, j'ai pris la décision de ne pas l'utiliser parce qu'elle n'a pas été validée au Sénégal. Cependant j'ai quand même féminisé certains noms qui concernent les femmes (comme les noms de profession)⁵⁸. Par ailleurs, au fur et à mesure que j'écoutais les récits des trajectoires, je me suis sentie interpellée en tant que femme par rapport aux vulnérabilités auxquelles les usagères de drogues sont soumises (la précarité économique, la stigmatisation et les situations de violence, la maternité, la domination masculine). Elles m'ont rendue militante des causes féminines. J'ai commencé à intégrer des plateformes virtuelles de lutte contre les violences faites aux femmes et à participer à différents événements et discussions sur les droits des femmes. Je me suis engagée à animer la thématique « genre » sur la plateforme virtuelle du projet RESCIDAF (Réseau Scientifique Drogues en Afrique francophone)⁵⁹. Depuis trois ans, je participe au Cours international sur les Drogues et les Droits Humains organisé par le Pr Mbissane Ngom à l'Université Gaston Berger (UGB) de Saint-Louis en 2018 et 2019. Je suis chargée d'y dispenser un cours sur genre et drogues sur la base de mes travaux de recherches. Cette proximité vis-à-vis de l'objet d'étude pose la question de la dimension humaine et de la posture du chercheur (ici, la chercheuse) sur le terrain sensible. Tout au long de la recherche j'ai adopté une posture empathique « entre engagement et distanciation ». Cette subjectivité a posé la nécessité d'une éthique réflexive et a été une ressource pour ton travail.

Accueillir des expériences personnelles et intimes requiert un engagement empathique. Pendant les entretiens, les femmes se sont racontées, elles se sont engagées à donner un sens à leurs pratiques d'usages de drogues, à me faire comprendre les logiques qui les motivaient et les différentes étapes de leurs trajectoires. Certains passages sont empreints de beaucoup d'émotions. Comment peut-on réagir face à des personnes qui vous font part de leur monde

⁵⁸ <https://dictionnaire.lerobert.com/>

⁵⁹ <https://rescidaf.hypotheses.org/>: L'équipe CODISOCS a mis en place un réseau regroupant les chercheurs d'Afrique francophone pour permettre une meilleure collaboration et une vulgarisation des recherches. Un site a été élaboré à cet effet et je suis chargée de mettre des ressources sur une page spécifique femmes.

intérieur ? Je ne pouvais qu'accueillir leur parole en développant une écoute active et empathique. Dans la relation d'enquête en terrain sensible,

« prendre en compte le degré de proximité et d'intimité que recouvrent les relations avec les interlocuteurs et interlocutrices de recherche ne peut faire l'économie d'une interrogation des affects » (Burton-Jeangros 2017).

Alors qu'il y a une certaine pudeur à discuter de l'impact émotionnel de la recherche sur les chercheurs eux-mêmes (Burton-Jeangros 2017), je pense que la relation d'enquête en terrain sensible implique une dimension émotionnelle sur laquelle il faut réfléchir. Dans mon étude, elle m'a permis de me positionner davantage dans une approche compréhensive. D'autant plus que traduire les émotions dans l'analyse des récits permet de mieux comprendre les expériences des femmes. Dans la relation d'enquête, les émotions ne suppriment pas la distanciation. Au contraire, elles permettent de s'engager dans le travail de communication et de compréhension des aspects des expériences des individus. Les émotions impliquent de faire un aller-retour entre sa propre réalité intérieure, son identité et celle de l'autre personne. C'est ce processus qui importe, car il nous permet de communiquer. A ce propos Marzo et al (2020), rappelle que lorsqu'on travaille auprès de femmes ayant eu des vécus douloureux, il faut garder en tête trois règles d'interactions :

« Premièrement, la souffrance subie par ces femmes conduit à « une position inégalitaire face à l'enquêtrice » et nécessite un « engagement moral vis-à-vis des enquêtées » et « ce rapport inégalitaire peut être dépassé moralement à condition qu'il y ait un partage, un échange entre enquêtrice et enquêtée » (...). Deuxièmement, interroger les vécus est une manière de « reconnaître une valence scientifique aux enquêtées, devenues sujets producteurs (...) de sens (...) Troisièmement, il s'agit de « sortir du dualisme domination/résistance » pour « comprendre comment les femmes se construisent en tant que sujets femmes aussi bien corporellement, moralement, qu'émotionnellement » et, « à long terme, comprendre les pensées et les motivations de femmes est le moyen d'explorer comment elles peuvent améliorer et défaire leur situation » (Marzo et Gomez-Perez 2020)

La proximité que crée la recherche qualitative ne permet pas alors de rester totalement « au dehors » face à la population étudiée. « Il s'agit de se situer dans un entre-deux, une distanciation critique, délicate à préserver » (Marzo et Gomez-Perez 2020). Nous emmenons avec nous les personnes que nous enquêtons pendant que nous faisons des transcriptions. Tout comme notre personnalité affecte notre rapport au terrain et l'analyse, ces derniers ont également un impact sur notre personnalité (Dwyer et Buckle 2009).

5.4.4 Les sollicitations sociales et financières

L'un des enjeux de mon terrain a été celui du rapport don-contre don qui est l'un des aspects particuliers de la relation d'enquête. A ce propos, Florence Bouillon, cité par Saint-Lary-Maïga (2008), distingue trois types de contre-don auquel l'ethnographe peut faire face dans son rapport avec ses informateurs :

« S'il ne s'agit bien sûr pas d'argent, le chercheur doit être en mesure de rendre certes, mais de rendre le contre-don 'adéquat'. (...) L'aide (administrative pour des étrangers en situation d'irrégularité par exemple), l'écoute car l'ethnographe est parfois pour l'informateur une oreille attentive et enfin, la gratification symbolique liée au prestige que représente la participation à un travail universitaire » (Saint-Lary-Maïga 2008)

Dans notre relation d'enquête avec les femmes, je me suis retrouvée engagée dans un tel rapport de donner-recevoir. Les enquêtées n'ont pas été rétribuées mais indemnisées de leurs frais de déplacement supplémentaires provoqués par l'enquête. Ma thèse étant associée à des projets de l'ANRS, il était prévu de donner des défraiements de transports à hauteur de 2000 FCFA par entretien. Cette pratique constitue une forme de compensation du temps pris surtout lorsqu'on travaille auprès des populations vulnérables, défavorisées ou précaires. Au début de mes enquêtes, les femmes acceptaient de prendre la somme prévue pour les remboursements de transports. Lorsque la proximité s'est installée, elles ont exprimé le besoin de bénéficier d'un remboursement plus conséquent. Parfois, elles donnaient l'exemple d'autres ONG qui travaillaient dans le milieu et qui offraient 5000 FCFA, voir 10000 FCFA pour les frais de déplacement. Face à ces attentes, j'ai tenté d'expliquer que mon travail était différent des interventions des acteurs. J'ai donc essayé d'insister sur mon statut d'étudiante. Cependant le fait d'être associée à un projet ne facilite pas de telles négociations. En fonction de mes moyens et avec les discussions en équipe j'ai essayé de revoir le montant des frais en leur donnant parfois 3000 FCFA ou 5000 FCFA. Au-delà des remboursements de transport, les femmes m'ont également sollicitée sur plusieurs aspects (problèmes financiers, problèmes de couples, médiation en cas de disputes, aide administratif, conseils).

En ce qui concerne les sollicitations financières, j'ai toujours fait de mon mieux pour y répondre. Il arrivait que mon entourage ne comprenne pas mon attitude face à de telles demandes, certaines personnes me disaient souvent « attention tu vas leur donner de l'argent, elles vont acheter de la drogue, si elles savent que tu donnes de l'argent, elles vont se passer le mot et te fatiguer ». D'un autre côté, les femmes au CEPIAD perçoivent le refus de donner de

l'argent comme une forme de stigmatisation et cela les conduits parfois à cacher leurs re-consommations de drogues, comme en témoigne cet extrait d'entretien avec Amy en 2021 :

«E : (...) J'ai appelé la personne pour lui soumettre mon problème et elle m'a dit "j'espère que tu ne vas pas acheter du crack avec", à quoi j'ai répondu "Astafiroulah! Je suis une ex-consommatrice, je ne touche plus" et elle m'a dit qu'elle me taquinait seulement et m'a envoyé de l'argent. Pour te dire qu'on te stigmatise à cause de ton statut. (...) Au CEPIAD, ils ont fait les tests d'urines et n'ont rien trouvé en moi, et cela le Dr lui-même le sait! Pour te dire que j'ai laissé le crack de côté ; mais il y en a qui y croient et d'autres qui n'y croient pas...

E: En fait (...), le problème n'est pas qu'on y croit ou pas; ou qu'on te donne pas de l'argent à cause de ça. Toi-même tu disais il y a quelque temps que tu essayais d'arrêter et puis tu as replongé. (...)La vie d'une personne n'est pas quelque chose de figé, tu sais, et ça tu le sais aussi. (...) C'est comme demander à la personne "comment tu vas?": aujourd'hui elle peut répondre qu'elle va super bien et le lendemain changer de réponse. C'est ce qui fait que toutes les fois où on discute je te redemande encore et encore "est-ce que tu consommes? C'est pour comprendre la vie des gens et comprendre ta trajectoire.

R : Mais sincèrement pour te dire voilà, ce que je t'ai dit c'est ce qui est aussi, je ne te cache rien; je ne sais pas ce qu'il y a avec toi. Mais si tu savais que j'étais une consommatrice active et que je te sollicite pour un souci est-ce que tu me le réglerais?

E : Mais non, ça ne me dérangerait pas.

P: Parce que toi aussi tu dirais "ce que je lui donne pour vivre elle va le prendre pour aller régler son problème de drogue!"

E: Euh, sincèrement non, ça ne me dérange pas et ça ne me concerne pas ce que tu vas faire avec cet argent.

P: Tu vois cette pensée que tu as sur moi et qui fait que chaque fois que je te confie mon problème tu me le règles, c'est ça qui est la réalité, Rose. Le truc c'est juste que tu fais partie de ma vie et que je ne peux pas te mentir. (...) Nous avons d'autres besoins, comme vous, mais c'est ce que les gens ne veulent pas comprendre. Pour eux dès qu'un usager te demande de l'argent, c'est forcément pour acheter de la consommation! Mais nous avons d'autres besoins aussi (...) voilà j'ai consommé de manière occasionnelle la dernière fois... J'ai vu X qui fumait et je lui ai demandé "je goûte"... le produit ne me disait rien du tout... »

Dans ce cas, ce n'est pas le fait de donner de l'argent qui peut constituer un biais mais finalement le refus de ne pas satisfaire leurs demandes peut entraver la relation d'enquête. C'est cela l'éthique réflexive que celle procédurale ne peut pas gérer. Il est vrai que par moments je ne savais que faire face aux visites et aux appels téléphoniques de demandes d'aide (parce

qu'elles avaient besoin d'acheter une ordonnance ou tout simplement parce qu'elles n'avaient pas de quoi manger...). Cependant, j'ai essayé de prendre en charge ces sollicitations financières, guidée par les conseils de mes encadrement et éclairée par les expériences d'autres chercheuses comme Blandine Bila :

« La chercheuse se trouve ainsi placée, bien malgré elle, dans diverses stratégies sociales (attentes multiformes), dont la non-satisfaction comporte dans le futur un risque de modification des rapports amicaux (crainte de détérioration de la relation) » (Bila, 2008).

Les femmes ont aussi fréquemment formulé des attentes pour d'autres problèmes personnels. Tout ce que j'ai pu faire, c'est leur apporter une écoute bienveillante quand elles avaient besoin de parler de leurs problèmes de couple, des situations de stress qu'elles vivent. J'ai été parfois amenée à écrire des courriers pour déposer une demande d'aide quelconque auprès de bailleurs, pour soumettre une demande de participation à une conférence ou à un atelier.

Ce rapport de confiance et la sympathie accordée au chercheur sur son terrain s'est également manifesté dans leur désir de m'impliquer comme conseillère technique dans la première association de femmes UD mise en place en 2020 au Sénégal. En effet, en 2019, les femmes ont exprimé le besoin de se regrouper en association. Ce besoin a été documenté par mes enquêtes de terrain et porté en plaidoyer par les femmes. En 2020, l'ONG OSIWA a accepté de prendre en charge cette demande et de financer un projet de mise en place d'une association d'usagères de drogues. Pour ce projet, les femmes elles-mêmes ont souhaité travailler avec moi. C'est dans ce cadre que OSIWA m'a contacté pour me demander de suivre le projet en consultance et travailler en étroite collaboration avec les femmes du début jusqu'à la fin du processus. Après en avoir discuté avec les membres de l'équipe, il a été décidé qu'il était mieux de ne pas occuper un poste formel dans ce projet pour garder une posture d'observatrice et pouvoir documenter le processus. J'ai donc conseillé aux femmes de rechercher une expertise communautaire pour ce type de projet tout en les rassurant de ma disponibilité en cas de besoin. J'ai fait ce choix par nécessité de me dés-impliquer, pour adopter une stratégie de distanciation, tout en gardant ma place d'observatrice privilégiée. Finalement le projet a été confié à l'ONG Enda santé, qui a une longue expérience sur l'accompagnement communautaire au Sénégal. Depuis que l'association s'est formalisée, ses membres me contactent parfois pour jouer le rôle de médiation dans les différends qui opposent les femmes leaders de ce groupe. Cette confiance et la crédibilité accordée à la chercheuse a été possible grâce à une démarche empirique, une posture dans laquelle j'ai oscillé entre accompagnement et solidarité, car comme disait Gning (2014) par rapport à son expérience de recherche auprès des homosexuels à Dakar :

« Mon travail ne s'est pas résumé uniquement à des entretiens, mais a consisté aussi en l'accompagnement des individus dans leur vie quotidienne » (Gning 2014).

Conclusion

Ce chapitre décrit de façon détaillée la démarche que j'ai utilisée pour l'enquête de terrain. J'ai aussi décrit les conditions de productions de mes données. Cette réflexivité est nécessaire dans toute enquête ethnographique afin de réfléchir sur les forces et les défis de la recherche qualitative. L'éthique de la recherche en sciences sociales ne se fonde pas seulement sur des normes, procédures et chartes éthiques, elle dépend aussi des contextes et des conditions sur le terrain. Les situations que j'ai décrites illustrent l'éthique en pratique et la complexité du terrain sensible. Au-delà des procédures édictées par les comités d'éthique qu'il faut respecter avant la collecte des données, de nombreux questionnements éthiques se posent tout au long de l'enquête de terrain et cela éclaire l'approche socio-anthropologique.

DEUXIEME PARTIE : DES VIES DE FEMMES AVEC LES DROGUES

Chapitre 6. Trajectoires et vie de femme (s) : Approche bio-ethnographique

Introduction

L'usage de drogues est une réalité sociale, une pratique souvent ritualisée s'insérant dans un ensemble de gestes, habitudes et actes récurrents lui donnant une dimension spécifique, et qui revêt des fonctions différenciées : thérapeutique, religieuse, sociale (Escobedo et Gershenfeld 1995b). Il est également un fait contemporain entre médical, politique et social, se diffusant par la culture. On peut donc dire que c'est un « fait social total » par excellence pour reprendre l'expression de Mauss {Citation}. Par ailleurs la consommation de drogues a souvent été appréhendée comme une histoire au masculin. En Afrique, à notre connaissance, il n'y a pas d'ouvrages de référence qui rendent compte des spécificités féminines dans l'histoire des drogues. Cela signifie-t-il que les femmes sont pour autant absentes ? Comme Anne Coppel dans son article qui décrit les figures de femmes usagères de drogues à travers l'histoire en France (Coppel 2004c), nous pensons que si on veut décrire les trajectoires et la vie des femmes usagères de drogues, il est important de garder à l'esprit que l'on ne peut pas dissocier l'identité de femmes consommatrices de drogues du statut qu'elles occupent dans notre société africaine en général et sénégalaise en particulier.

Le terme « approche bio-ethnographique » qui ouvre ce chapitre évoquera donc ici l'éclairage proposé par les trajectoires biographiques des femmes, mises en récit et croisées avec une collecte de données ethnographiques. L'histoire des femmes africaines est marquée par le poids des traditions et des religions (l'islamisation et la montée du christianisme). C'est aussi une histoire rythmée par des dynamiques et des mutations liées à l'exposition à d'autres cultures, qui, à travers les ans ont modifié leurs rôles et leurs statuts. Parmi ces bouleversements, nous pouvons évoquer : la colonisation et les indépendances, l'urbanisation et la modernité, les politiques gouvernementales et les politiques de développement, etc. (Desnoyers 2000).

Les transitions politiques au Sénégal ont permis des avancées en matière de droit des femmes. Aujourd'hui, elles participent de plus en plus à la vie publique. Sur le plan économique, les femmes mobilisent de multiples stratégies pour avoir une certaine autonomie financière, ce qui pourrait leur offrir un droit à s'affirmer dans la sphère privée notamment au sein du ménage. Mais aujourd'hui encore, autant dans l'espace public que privé, la vie des femmes africaines reste marquée par de multiples discriminations (Mbow 2005). Dans ce chapitre, nous allons dans un premier temps rendre compte de l'usage de substances addictives chez les femmes

africaines à travers l'histoire. Dans un second temps, nous essayerons de décrire les trajectoires en présentant à titre illustratif deux histoires de vie de femmes CDI que nous avons interrogées dans divers contextes.

6.1 Drogues et femmes africaines : une histoire cachée

6.1.1 Une analyse marginale de l'usage de drogues au féminin

L'historiographie des femmes africaines est relativement récente, des études ont commencé à se pencher timidement sur la condition féminine vers les années 1960. Des analyses beaucoup plus axées sur les inégalités entre les sexes vont alors émerger vers les années 1980. L'histoire générale de nos sociétés a occulté pendant longtemps la place historique des femmes africaines (Desnoyers 2000). L'usage de la cocaïne et de l'héroïne chez les femmes n'apparaît nulle part dans les récits historiques sur l'Afrique. Cependant ceci n'a rien d'étonnant étant donné que ces substances n'étaient pas produites en Afrique même si il y en avait la possibilité. En effet, Werner montre que le pavot était cultivé au Kenya et au Nigéria et le climat d'Afrique centrale était propice à la culture du cocaïer (*Erythroxylum coca*) (Werner 1993b). Selon cet auteur, c'est seulement vers les années 1980 que l'héroïne et la cocaïne ont commencé à circuler en Afrique, lorsque celle-ci est devenue une zone de transit du trafic de drogues. L'héroïne provenait alors d'Asie et passait dans des pays comme le Nigeria, le Ghana, la Gambie pour être acheminé vers l'Europe et l'Amérique du Nord en passant par les voies maritimes. Au milieu des années 1980, la cocaïne transitait entre l'Amérique du Nord et certains pays africains comme l'Angola, le Nigeria ou la Côte-d'Ivoire. Ces deux produits souvent destinés au marché européen ont alors commencé à se diffuser dans les capitales africaines notamment auprès de la jeunesse (Werner 1993b).

Par ailleurs, ce qui semble surprenant c'est la marginalité des analyses portant sur les femmes par rapport à l'histoire des substances addictives comme le cannabis, le tabac et l'alcool, le khat et pourtant la consommation de ces substances n'est pas récente en Afrique. En effet le cannabis *sativa* (chanvre indien) est cultivé et utilisé en Afrique depuis le 17^{ème} et 18^{ème} siècle (Cesoni 1992). En Afrique de l'Ouest, principalement au Sénégal, l'existence de cette substance est observée pendant la seconde guerre mondiale. Cette plante communément appelée *Yambaa* est cultivée en Casamance et dans la zone des Niayes (Werner 1993b). L'alcool (bières et vins) était produit depuis longtemps dans les sociétés traditionnelles africaines. Avec l'arrivée de l'Islam, la vente de ce produit est devenue fortement prohibée par certains groupes (exemple : les wolofs) et sa consommation est objet de stigmatisation sociale mais elle n'en demeure pas

moins un fait de société (Ndiaye 2007; Ciss et Toure 2015). Le Khat provient des régions tropicales d'Afrique orientale, mais existait déjà dans l'Égypte pharaonique. Cette plante aux propriétés excitantes est souvent consommée en Éthiopie, Somalie, Kenya (Werner 1993b). Par ailleurs, la littérature disponible montre à travers l'histoire deux figures de femmes associées à la consommation de substances psychotropes : la femme « âgée ou noble » et la femme « libre ».

6.1.2 La figure de la femme « d'un certain âge » ou « noble »

Dans les communautés d'Afrique noire, l'usage des produits comme le cannabis et l'alcool accompagnait le plus souvent des rituels et des cérémonies traditionnels. La consommation de ces substances s'inscrivait donc plutôt dans une dynamique de régulation sociale du groupe. Elle ne traduisait pas nécessairement la recherche de plaisir, ni l'exclusion (Ciss et Toure 2015; Ndiaye 2007). À titre illustratif, dans les sociétés traditionnelles au Sénégal, la consommation quotidienne de l'alcool et du tabac n'était pas socialement réprimée. La plupart des documents historiques mentionnent que l'usage des boissons alcoolisées à fabrication traditionnelle comme le vin de palme était fréquent avant l'islamisation chez les sereers et les wolofs (Boilat 1984; Ndao 2009). Ainsi l'article de Ndiaye (2007) qui décrit les usages de l'alcool chez les Wolofs du Sénégal rapporte l'existence d'une cérémonie appelée « Xaalumbaan » dans la société wolof avant l'islamisation. Cette cérémonie était un rituel organisé par les femmes âgées, « les grands-mères » pour célébrer la naissance d'un enfant. Cet auteur explique que la grand-mère de l'enfant conviait ses paires (les femmes de sa génération) au soir du baptême (le 8ème jour vers 17 heures) pour fêter cet heureux événement au rythme de chants et de danse. Il rajoute que « les « vieilles » femmes demandaient à la nouvelle grand-mère qu'elle leur préparât du « xaalumbaan », boisson alcoolisée aussi, qu'elles pourraient, pour les besoins de la fête, boire, sans demi-mesure, afin de vivre, dans l' instant, les « délices » du « paradis satanique » (Ndiaye 2007). Cette boisson était alors consommée par les vieilles femmes jusqu'à l'état d'ivresse : « La nouvelle grand-mère, (...), finissait toujours par leur préparer et, enfin, leur servir cette boisson enivrante et somnifère qui terminait toujours par avoir raison sur elles. Ivres qu'elles étaient toutes, le cérémonial devait prendre fin, faute d'individus « valides » pour assurer, sereinement, sa bonne marche ». Ndiaye (2007) souligne que dans la société wolof comme dans d'autres groupes d'Afrique noire, un comportement déviant pouvait être toléré voire « normalisé » dans certains contextes. La cérémonie de« xaalumbaan » représente un moment social où on permettait aux femmes d'un certain âge de jouir d'une attitude socialement réprimée pour le temps de la fête. Cette **figure de la femme « âgée »** associée à la

consommation de l'alcool ou du tabac, est assez répandue dans le Sine et en Casamance. Par exemple dans le Sine, il n'était pas rare de voir les vieilles « grand-mères » consommer les boissons traditionnelles alcoolisées en utilisant un instrument de mesure dénommé *o soot*. Selon Ndao (2009) dans son article qui décrit le fond lexical de la désignation de l'alcool au Sénégal, ce matériel permettrait d'avoir « une quantité de base à des prix abordables » et de pouvoir maîtriser sa consommation (Ndao 2009). Le terme « femme âgée » employé dans l'article de Ndiaye évoque des femmes qui ont des petits-enfants. On peut se demander ici quelles sont les représentations liées aux femmes âgées, consommatrices du Xaalumbaan. Les enjeux liés à la retenue habituellement attendue de la part des femmes en âge de procréer sont-ils effacés par l'arrivée d'un petit-enfant ? Les attributs liés à la masculinité sont-ils transférés le temps de la cérémonie vers la nouvelle grand-mère ? On pourrait alors penser que le changement de catégorie de la femme, dégagée de certaines obligations liées symboliquement à la capacité de procréation rendent son usage de substances plus permissif.

Une autre source documentaire qui permet d'observer des phénomènes sociaux dans l'histoire est la photographie. La photographie met en place une représentation historiquement et culturellement déterminée. En tenir compte permet de mieux comprendre notre objet d'étude (Beaugé et Pelen 1995). En cherchant des images de femmes dans l'histoire, nous avons recueilli des photographies représentant des femmes sénégalaises fumant une pipe ; sans doute du tabac : la linguère Ndaté Yala Mbodj, et d'autres images de femmes wolofs et les signares de St Louis. Ces dernières sont décrites comme des femmes d'influences de leur époque. Femmes d'identité métisse, elles étaient admirées de par leur beauté. Ces images ressemblent curieusement aux photos de femmes prises dans le cadre de notre recherche qui utilisent la pipe pour consommer du crack, qui est la forme de base de la cocaïne. On pourrait alors penser que ce qui est socialement accepté pour la femme d'un certain âge ou noble et qui la situe en face d'autres femmes pour lesquelles certaines pratiques sont prohibées relève d'une dimension genre. Ce que les femmes de pouvoir ou d'influence peuvent faire (comme Ndaté Yalla, signares de St Louis) relève d'un rapport de genre où la femme dotée d'un pouvoir est comme un homme.

Figure 11: image de la reine Ndaté Yala⁶⁰



Figure 12 : Image de la Reine Ndatté Yalla accompagnée de son mari



Figure 13: image d'une femme wolof⁶¹

⁶⁰ La première image représente la Reine Ndatté Yalla Mbodj. Sur la deuxième photo, elle est en compagnie de son mari. La photo originale est prise par Abbé David Boilat, le 2 septembre 1850 qui raconte que la reine « fumant sa pipe d'honneur, entourée, de plus cinq cents femmes en grande tenue, en face desquelles se trouvaient tous les princes et les guerriers de la Reine. » Ndatté était la reine du Walo au 17^{ème} siècle, une résistante et une mère (<https://www.au-senegal.com/ndatte-yalla-souveraine-du-waloo.1715.html>).

⁶¹ <http://www.vincenthiribarren.com/dh/aof/collections/show/1>



Figure 14: Signare de Saint Louis



Figure 15: femme fumant du crack (photo ci-dessous prise en 2020 à Dakar lors de nos enquêtes)

Fortier, "Femme Wolof fumant la pipe." Cartes postales de l'Afrique Occidentale Française (1900-1960), accessed February 23, 2021, <http://www.vincenthiribarren.com/dh/aof/items/show/1752>.



6.1.3 La figure de la « femme libre »

L'usage de drogues licites ou illicites en Afrique s'est transformé au cours de l'histoire avec la montée de l'urbanisation et la crise économique (Werner 1993). Dans les années 1980, alors que les drogues (héroïne, cocaïne, médicaments psychotropes) étaient de plus en plus disponibles sur le marché avec le trafic international, la demande par la jeunesse urbaine augmentait. Sur le plan économique, l'expansion du marché de la drogue s'inscrit dans la mise en place d'un plan d'ajustement structurel en même temps que la dégradation du marché de l'emploi, de la santé, de l'école (Werner 1992; 1993b). Parallèlement on observe une « circulation des femmes entre différents marchés : matrimonial, sexuel et celui du travail » (Werner 1991c). La ville est alors décrite comme le théâtre de l'émergence de nouveaux rapports sociaux. Les femmes sont au cœur de ces changements. Cette expérience de l'urbanité peut être vécue de manière différente par les femmes africaines d'une région à une autre, cependant, dans toutes les parties du continent, la ville offrait dès lors de multiples possibilités économiques, sanitaires et culturelles. En plus de leur rôle reproductif, leur présence sur le marché du travail va amener les femmes à jouer le rôle de « chef de ménage »⁶² pour lequel elles vont mobiliser différentes stratégies de survie (Grenier-Torres 2009). Par ailleurs, les récits littéraires témoignent de l'évolution de la condition féminine dans notre société. Dans les

⁶² Personne « importante » du ménage, soit parce qu'il assure la subsistance du groupe domestique, soit parce qu'il prend les décisions majeures

romans africains, on retrouve de nombreux stéréotypes reflétant une vision patriarcale des rapports de genres. Les femmes africaines sont caractérisées comme des « femmes objets/soumises » à l'homme « femmes rebelles/ voire libres ». La « femme soumise » est le symbole de la résignation. Elle est reléguée au second plan et subordonnée à l'homme. Son rôle principal est de procréer et de s'occuper du foyer. Elle est considérée comme absente des sphères de décision même dans la société moderne. La figure de la femme « rebelle/libre » incarne d'une part la résistance et la lutte, signe de l'émancipation des femmes qui n'entendent plus se soumettre aux coutumes (Bâ 1987; Diouf Kandji 2015), d'autre part, elle renvoie aux nouveaux rôles joués par les femmes dans l'espace public. Selon J.F Werner, le terme de « femme libre » désigne : « des prostituées, des femmes salariées ou bien de façon générale des femmes indépendantes ». Ce sont donc des femmes libres de leur corps et de leurs paroles (Werner 1991). Dans un premier temps, cette figure de la prostituée ou de la *tchaga*, qui représente une image dévoyée de la « femme libre », est associée à la consommation de drogues et d'alcool. Au Sénégal, la *tchaga* fait référence à la prostituée. Dans les travaux de Werner, les femmes usagères de drogues sont principalement des professionnelles du sexe (Werner et Abdoulaye-Bara Diop 1993).

Dans un second temps, la figure de la « femme libre » associée à l'usage de drogues évoque une femme émancipée, cherchant des symboles pour rendre visible son instruction et son autonomie financière. Selon un document mis en ligne par la Banque mondiale, avec la montée de l'urbanisation, les femmes ne sont plus confinées dans les foyers. L'éducation et le marché de l'emploi ont permis une certaine émancipation qui induit l'adoption de nouveaux comportements.

L'usage de drogues au féminin s'inscrit alors dans la quête d'une certaine égalité des rapports hommes/femmes, d'autant plus qu'il est quelque peu considéré comme signe de virilité chez l'homme (BM 2011). D'ailleurs Ndione (2017) a montré que selon les données de la clinique psychiatrique de Fann, les rares femmes qui y étaient internées pour toxicomanie étaient issues de familles riches ou avaient vécu pendant un certain temps dans les pays du Nord (Ndione 2017). Ainsi les impacts socioculturels des échanges avec d'autres cultures et la montée du tourisme et de la mobilité Nord/Sud modifient les comportements des femmes. Ces échanges influencent profondément les identités des communautés locales. Le travail de Diombera (2014) sur le tourisme au niveau de la petite côte sénégalaise signale de nouvelles attitudes et pratiques « à l'européenne » imitées par les populations locales. Ces nouvelles habitudes sont d'ordre alimentaire et para-alimentaire (alcool et tabac), linguistique... etc. Aussi, il observe dans ce

contexte touristique une montée de la mendicité chez les enfants et de la prostitution chez les jeunes filles (Diombera 2014).

Ces différentes figures montrent la réalité de l'usage de substances psychoactive (Tabac, alcool) chez les femmes au Sénégal. Elles témoignent également du dynamisme de l'image et la condition sociale de la femme dans notre société. Les femmes évoluent dans des contextes sociaux et culturels très divers qui peuvent influencer la manière dont elles se perçoivent et se racontent. Avec les luttes féministes, depuis le début des années 1980, la situation des femmes s'améliore progressivement. Malgré les évolutions de leurs rôles et statuts et les avancées juridiques en matière de droit des femmes dans la société sénégalaise, la vie des femmes sénégalaises reste marquée par le poids des traditions et des religions. Face à une société hybride avec un métissage culturel et culturel⁶³, comment les femmes rendent-elles compte de leurs histoires de vie pour construire leurs identités ? comment font-elles pour envisager des changements, saisir les opportunités et donner du sens à leurs problèmes d'usage de drogues ?

6.2 Des trajectoires de vie

Nous avons recueilli diverses histoires de consommatrices de drogues, dont celles de Oumou et Sokhna. Leurs récits de vie dessinent deux trajectoires relativement différentes. Le concept de trajectoires est défini comme des événements se produisant à la fois dans le temps historique et dans le temps biographique et qui reflètent des processus qui peuvent être interprétés comme des séquences d'événements. Les trajectoires peuvent être retracées en reliant les événements biographiques à travers des années successives (Fournier-Plamondon et Racine-Saint-Jacques 2014). Chaque trajectoire est marquée par une séquence d'événements et de transitions de la vie, des changements et des ruptures (Dubar et Nicourd 2017). Ces récits de vie n'épuisent pas la diversité des trajectoires mais sont représentatifs des chemins les plus empruntés. En suivant le tracé que les femmes CDI reconstituent dans la manière de se raconter, nous avons identifié deux types de parcours : des trajectoires fluides et des trajectoires denses.

⁶³ Si l'islam, le christianisme et les diverses formes d'animismes qui se côtoient sur le territoire sénégalais font l'objet de pratiques scindées, souvent ces religions n'en sont pas moins mêlées dans les croyances individuelles et parfois collectives. On constate par exemple que de nombreux musulmans font appel à des féticheurs animistes en cas de maladie inexplicable

6.2.1 Oumou, une trajectoire fluide

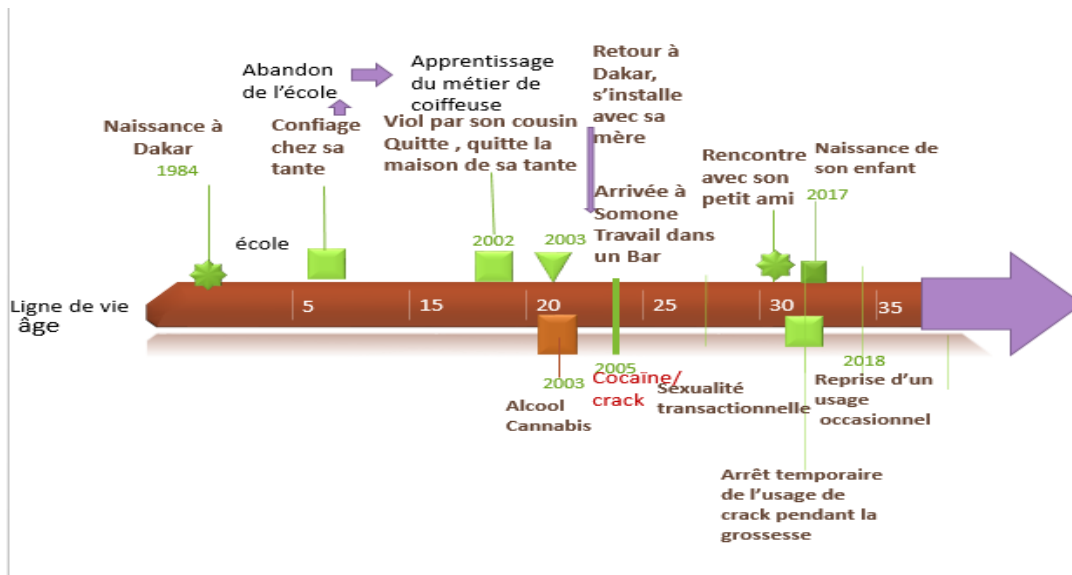


Figure 16: frise chronologique trajectoire Oumou, 35 ans

Oumou a 35 ans. Elle est sérène, sa famille est originaire de la région de Fatick. Elle est musulmane et appartient à la confrérie mouride. Elle a été élevée par sa tante (son homonyme et sœur de son père) à laquelle elle a été confiée parce que cette dernière n'avait jamais eu de filles, « elle n'avait que des garçons » nous dit-elle. Avec sa famille d'accueil, elle a habité dans presque toutes les régions du Sénégal (Dakar, Saint Louis, Kaolack...) parce que le mari de sa tante a été affecté un peu partout à cause de son travail de douanier. En ce qui concerne ses études, Oumou a abandonné les classes au niveau primaire car elle était maltraitée par sa tante qui lui faisait faire toutes les tâches domestiques. Cette situation n'a pas joué en faveur de son niveau scolaire. Par la suite, elle fréquentait un salon de coiffure pour apprendre ce métier. Elle est victime d'un viol à l'âge de 19 ans par un des fils de sa tante, la famille ne la croit pas quand elle le raconte. Révoltée, elle quitte la maison de sa tante et s'installe à Dakar avec sa maman qui venait de divorcer de son père. Oumou et sa mère vivent alors ensemble dans une petite chambre de location. Elle décide de travailler dans un salon de coiffure pour s'en sortir. Pour oublier ses soucis, Oumou consomme le cannabis et l'alcool de temps en temps avec ses « potes », et puisque son travail comme coiffeuse n'est pas très rentable, elle décide d'aller tenter sa chance à La Somone⁶⁴ en 2004-2005 sur une invitation d'une amie qui y avait ouvert

⁶⁴ Ville de la Petite-Côte....

un bar : « C'est une copine, qui s'est mariée avec un Blanc, qui m'a invitée à venir travailler avec elle dans son bar resto. Et elle connaissait ma situation. C'est là que j'ai commencé à travailler dans les bars avant de finir dans les bistros ». Dans le même temps, Oumou commence à consommer de la cocaïne/ crack. Elle est initiée par son amie mue par la curiosité et une volonté ou un désir individuel de découvrir d'autres produits. Elle nous raconte le contexte de sa première consommation :

E : Donc tu l'as découvert par l'intermédiaire d'une copine. Est-ce que tu peux revenir au jour où tu l'as utilisé pour la première fois, c'est-à-dire les circonstances ?

R : C'était en soirée, un anniversaire et ça s'est bien passé. Bon je ne le regrette pas, car y a rien de mal, on ne m'a pas forcée. C'est plutôt moi qui ai voulu le découvrir en l'utilisant.

E : Tu les voyais goûter et toi tu as voulu savoir ?

R : Non, en fait ils ne goûtaient pas. Ils savaient déjà. C'est plutôt moi qui goûtais parce que c'était ma première fois. Après dès qu'on a de l'argent on cotise 10000Fcfa pour acheter un gramme pour se le partager. Au fur et mesure c'est toi qui achète toute seule.

E : Est-ce que ça veut dire qu'elles t'ont incitée à prendre de la drogue ?

R : Non c'est moi qui le voulais, je me rappelle y en a qui ne voulaient pas que j'y touche. Mais j'ai dit non pourquoi pas. Comme tout le monde tape, moi aussi je tape.

En revanche Oumou, bien qu'elle aime utiliser le crack, n'en fait pas sa consommation favorite, parce que, selon elle, le produit est cher, et elle ne dispose pas toujours de l'argent pour l'acheter. Donc elle privilégie la consommation quotidienne d'alcool (bière) et de cannabis qu'elle considère comme plus accessible. Oumou arrive à prévoir sa consommation, à la maîtriser et même à la planifier :

« E : Donc tu prends quoi et comment tu le prends ?

R : Bon, moi je prends les « Xeer »⁶⁵ (crack) et je fume les joints de cannabis

E : Tu les prends tous en même temps ou bien ?

R : Non tu ne peux pas les avoir tous en même temps, parce que ça coûte cher. Tu ne peux pas en avoir tous les jours. C'est pourquoi d'ailleurs, je fume plus les joints.

⁶⁵ Terme émique d'origine wolof utilisé pour nommer le crack

E : En ce moment, est ce que tu te considères comme dépendante de la cocaïne ou du « crack » ?

R : Non je ne suis pas dépendante de la cocaïne. Mais souvent, quand j'ai de l'argent, comme la cocaïne coûte chère, j'achète 10000 balles de « crack »

E : Tu en prends combien par semaine en ce moment ?

R : Généralement ce sont les « weed » qui me manquent

E : La « weed ⁶⁶ » c'est quoi ?

R : C'est la « Beuh⁶⁷ »

E : c'est le chanvre indien

R : Oui je le fume tous les jours. Mais les « cracks » c'est de temps en temps par semaine.

E : Combien de fois par semaine ?

R : je ne sais pas. ca dépend de l'argent.

E : Donc tu peux rester une semaine sans le prendre.

R : Oui je peux rester une semaine et plus et même un mois. Il suffit que j'ai les joints et à boire pour ne plus penser à ça. Parfois ce sont des amis qui me l'apportent. Mais tu ne peux pas toujours disposer de l'argent pour en acheter. Donc pour l'acheter, il faut le caller dans le temps et se préparer financièrement par conséquent. Par exemple tu peux dire le week-end prochain avant d'aller en boîte j'aimerais vraiment en avoir. »

En 2017, Oumou va rencontrer un sénégalais venu d'Europe avec qui elle va être en couple. Ce dernier ne consomme que de l'alcool. Quant à la jeune femme, elle arrive à dissimuler son usage de drogues, seuls les amis avec qui elle a une fois consommé le savent, les autres ne sont pas au courant, même pas son petit ami : « s'il savait que je prenais de la drogue, il me tuerait. Ça c'est sûr ». Elle tombe enceinte de lui et va donner naissance à une petite fille. A la même période, son amie qui l'a amenée à la Somone décède. Pendant sa grossesse, elle décide d'arrêter de consommer la cocaïne/crack. Par contre, elle a continué de prendre l'alcool et le cannabis occasionnellement. Elle n'a pas une perception claire des conséquences de ces différents produits sur la grossesse, d'ailleurs elle a suivi toutes les consultations prénatales sans que la sage-femme ne se doute de son usage de drogues. Elle ne lui a jamais posé des questions allant dans ce sens. Oumou est contente d'être mère : «Et je suis tellement contente d'avoir cet

⁶⁶ Terme provenant de l'argot français utilisé par les consommateurs de la petite côte pour nommer le chanvre indien

⁶⁷ Idem

enfant. Je n'ai pas encore un autre enfant. Mais ça va avec le mec qui s'occupe bien de sa fille. A part ça j'ai eu des relations avec des blancs. ». Par la suite elle va confier sa fille à sa grand-mère maternelle qui l'élève pour pouvoir continuer son travail dans le milieu touristique.

Oumou connaît les zones touristiques au Sénégal, elle a vécu à la Somone, à Saly, elle séjourne parfois en Casamance au Cap Skiring. Cette connaissance du milieu, lui a valu d'être impliquée dans la première équipe de terrain mise en place pour identifier les consommateurs de la Zone de Mbour avec le projet Ecodith en 2018. Elle déclare avoir recommencé à consommer de la cocaïne/crack à titre festif mais elle reste préoccupée par sa santé. La pratique de rapports sexuels transactionnels occasionnels l'a conduit à utiliser les services de dépistage mobile de l'ONG Enda Santé, l'occasion pour elle d'avoir accès au dépistage au VIH et à l'hépatite B, ces tests ont été négatifs.

Quand nous l'avons rencontrée en 2019, son contrat en tant que médiatrice à l'hôpital de Mbour venait d'expirer. Maintenant elle travaille dans un restaurant comme serveuse et espère qu'elle sera recrutée dans l'équipe de terrain de l'unité de prise en charge des addictions de Mbour.

Les trajectoires fluides, telles que nous les définissons, dessinent un trajet facile à lire. Il y a peu de phases successives décrites quant à la consommation de drogues. La dynamique de l'usage est minimale. Ce type de trajectoire est dominé par une histoire où la consommation de la femme est en lien avec le milieu festif. Les femmes inscrites dans ce type de trajectoires peuvent s'arrêter à la première phase de l'expérimentation ou arriver dans une phase de dépendance. Ces histoires concernent davantage les consommatrices de cocaïne/crack. Cependant, la plupart ne vont pas vers les soins, elles se cachent pour ne pas être identifiées comme des « droguées » et pour ne pas être stigmatisées.

Le cas d'Oumou est représentatif de la situation des femmes qui, malgré les difficultés, sont en quête d'autonomie financière et vivent de manière indépendante. Ces femmes ont en commun une volonté de s'en sortir en mobilisant différentes stratégies économiques allant de la prostitution à la recherche d'un partenaire aisé (un Sénégalais riche, un Blanc, un Libanais... etc.). Elles font différentes activités économiques, allant du service dans les bars et restaurants dans le milieu touristique, arrivant à ouvrir leur propre commerce ou travaillant dans le milieu des arts. Certaines parmi ces femmes n'ont pas un niveau d'instruction élevé, tandis que d'autres ont pu avoir le Bac ou bénéficier d'une formation professionnelle grâce à leur situation familiale plus ou moins aisée. Elles décrivent leur consommation de drogues (notamment alcool et cocaïne/crack) comme festive. Certaines parmi ces femmes justifient qu'elles arrivent à

rationaliser leur consommation tandis que d'autres se perçoivent comme plus ou moins dépendantes. Il est important de voir à travers la trajectoire d'Oumou comment les femmes se construisent, entre leurs histoires avec la drogue, leur vie de femmes autonomes, gèrent leur usage de drogues et leur santé.

6.2.2 Sokhna, une trajectoire dense

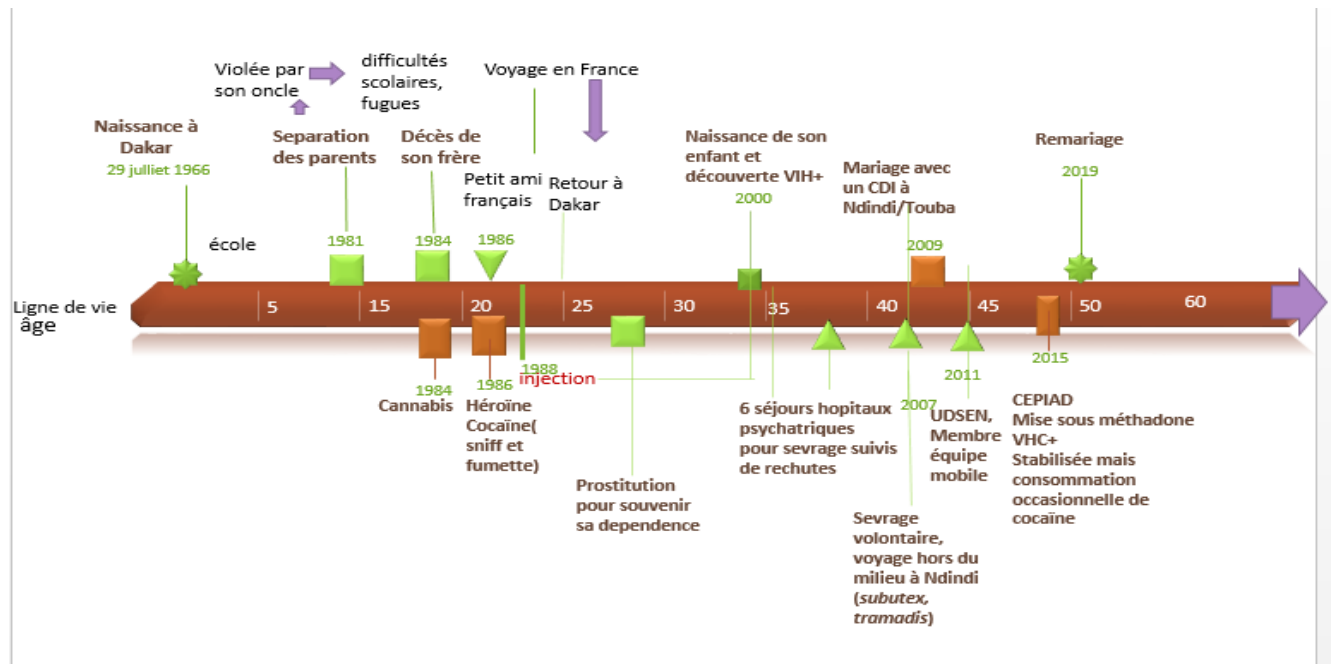


Figure 17: frise chronologique trajectoire de Sokhna, 51 ans

Sokhna a 51 ans, elle est d'origine Al pulaar, elle est musulmane de la confrérie mouride. Elle est née à Dakar et a grandi au Point E, un des quartiers résidentiels de la capitale du Sénégal. Elles sont 4 enfants, elle devient l'aînée de sa famille à la mort de son grand frère. Sa mère travaillait comme secrétaire de direction et son père était ingénieur des travaux publics: « Je n'ai jamais manqué de rien, on parlait français, mangeait à table, une bonne éducation. J'étais la seule à être rebelle. Ma petite sœur avait un bon comportement, mes frères pareils. Seule moi j'inquiétais la famille » nous dit-elle. Sokhna a abandonné les études en classe de BFEM. Elle inscrit son échec scolaire dans le fait que ses parents avaient divorcé vers ses 12 ans. Contrainte d'aller en vacances à Thies chez ses grands-parents, elle reçoit les attouchements de son oncle, cet événement va la bouleverser à tel point que ses études en sont perturbées :

E : Pourquoi avez-vous arrêté l'école ?

R : Toute petite, j'étais une rebelle après le divorce de mes parents que je n'ai pas pu supporter. Il fallait aller en vacances à Thiès chez mes grands-parents là où il y'avait la femme à mon père. J'y allais avec mon grand frère qui avait un an de plus que moi, mon ami et complice car lui était très calme et moi le contraire donc à partir de ces vacances c'est là où les petits problèmes commencent. Trop de liberté, j'allais danser avec mes amis, personne ne me disait rien. J'avais 11 ans ou 12 et j'ai dû subir des attouchements de la part d'un de mes oncles et quand j'en ai parlais à mon frère, il en a souffert et m'a demandé de ne rien dire à maman. J'étais très affectée et au retour des vacances, j'ai commencé à changer de comportement à la maison. Je suis devenue casanière et perturbée à l'école, je n'arrivais plus à me concentrer donc je faisais l'école buissonnière, je faisais des petits larcins à ma mère, je lui prenais des pièces de 100 ou 200 F pour payer à mes copines de petites gâteries et cela a duré longtemps. »

A partir de là, Sokhna va enchaîner des mauvais comportements et avoir des mauvaises fréquentations. Elle fuguait de chez elle, revenait parfois et demandait pardon à sa mère. A l'âge de 16 ans, elle va fuguer et à ce moment-là, elle est recueillie par une femme plus âgée qui avait à peu près la trentaine. Cette dame la présentait à des hommes qui finissaient par coucher avec elle. Avec ces difficultés, Sokhna commence à fumer du cannabis. A ses 20 ans, elle rencontre un français qui devient son petit ami, il était militaire et en mission au Sénégal. Par la suite Sokhna va s'installer avec son partenaire. Pour en revenir à sa trajectoire d'usage, Sokhna connaissait déjà l'alcool et le cannabis, elle les prenait quand elle sortait en boîte de nuit avec ses amis, puis vient le jour où elle découvre l'héroïne en 1986. Cette substance, elle la qualifie de rare et d'inconnue à Dakar. Elle nous dit « j'ai été une des premières victimes de cette drogue car elle n'existait pas à cette époque au Sénégal. Seuls les vacanciers qui revenaient de l'Europe connaissaient ça ». La jeune femme, est initiée à la drogue par son ami qui est un dealer, elle nous livre ici le récit de son initiation :

« E : Pouvez-vous nous raconter comment vous êtes entrée dans la consommation d'héroïne ?

R : un jour mon ami B. m'a dit: " boy cette came là que tu vois, ce n'est pas donnée à n'importe qui, c'est les VIP⁶⁸ qui s'en servent, les stars et autres personnalités. C'est sans odeur, il suffit juste de la snifer et le coup est joué. Et alors, il a fait une ligne sur un miroir et fait une paille avec un billet de banque et m'a fait une démonstration et tout de suite j'ai fait pareil et c'était la descente aux enfers. J'ai vomi toute la journée, je transpirais, piquais du nez, je n'y comprenais rien du tout Et ce jour-là je ne pouvais pas rentrer à la maison vu mon état, j'ai donc dormi chez lui et le matin on a refait la même chose »

⁶⁸ Personnalité de marque

À partir de là Sokhna va continuer à consommer l'héroïne puis commencer à goûter à la cocaïne/crack. Pour échapper au syndrome de manque, elle s'accroche à la drogue sans pour autant être consciente des conséquences que cela allait avoir dans sa vie. Au fur et à mesure, elle tombe vite dans une addiction : « Et c'est comme ça que j'ai passé des Dans un tunnel où je ne connaissais pas la sortie. Je bavais, j'ai eu beaucoup de difficultés à savoir que c'était le manque. J'avais tout le temps la came à ma portée jusqu'au jour où je suis restée seule; le dealer était en rupture de stock. J'ai souffert le martyr. Il fallait attendre qu'il aille en Gambie pour un aller-retour. Je n'avais jamais eu aussi mal. Vomissements, diarrhées, bouffée de chaleur, c'était insupportable. Le lendemain, le grand arrive vers 18h30, il a fallu que je prenne ma dose au lit 10 minutes plus tard, j'étais en pleine forme. Je venais de comprendre que j'avais goûté une chose que je ne comprenais pas. Et voilà le début de la galère totale ». Maintenant qu'elle est devenue une consommatrice régulière de drogues, Sokhna va tenter d'expérimenter d'autres mode de consommation que le sniff et c'est là qu'elle essaie la pratique de l'injection. Pour cela elle est aussi initiée par des hommes car elle n'arrivait pas à se piquer seule où quand elle essayait elle avait des abcès. Sans compter qu'ils se partageaient les seringues parfois, car à l'époque il était difficile de se les procurer en pharmacie sans ordonnance. Durant ces années, Sokhna avait perdu tout contact avec sa famille et son frère qui était son ami était décédé : *« je vivais que pour la drogue pas de nouvelles de ma famille. Ils m'ont laissé tomber car je ne voulais pas changer »*. Par ailleurs, en 1992, Sokhna va partir vivre en France avec son petit ami pendant 5 ans, celui-ci ne consommait que le cannabis. Arrivée en Europe, elle va aussi continuer son usage d'héroïne et de cocaïne. Mais arrive un moment où sa relation de couple s'est détériorée à cause de multiples problèmes et là elle est abandonnée par son partenaire, elle est obligée de rentrer au Sénégal. Une fois à Dakar, elle se retrouve dans une précarité totale, sans aide, sans ressource, elle se décide à entrer dans la prostitution pour pouvoir financer sa dépendance et subvenir à ses besoins.

A notre deuxième entrevue en 2018, Sokhna nous montre des photos d'elle quand elle était jeune, elle nous parle de sa beauté et de la manière dont elle avait changé à cause de la drogue. Elle est magnifique sur les photos. Ça fait déjà presque 3 ans qu'elle est sous méthadone, elle a maintenant beaucoup de projets et a l'espoir de s'en sortir. Elle pense aux difficultés de la vie sous drogues, à son enfant, à sa maladie, à sa maman qui avait essayé plusieurs solutions pour la sortir de la drogue (marabouts et séjours en psychiatrie)... et se considère comme une « rescapée » de la vie. En effet, Sokhna nous raconte qu'après son retour de France, elle était à fond dans la drogue, obligée de se prostituer. Cette situation l'a usée et l'a exposée à la

prison : « Il fallait me voir, je changeais de jour en jour, j'étais devenue méconnaissable. Je n'avais plus d'appétit, je ne me lavais plus, tous les jours la même chose entre les boîtes de nuits et la journée je piquais du nez. Je ne dormais pas assez et cela a duré plusieurs années ». Puis un jour pendant qu'elle faisait le trottoir sur l'avenue Bourguiba, la police l'a raflée et elle a été conduite au poste de police pour la première fois. Le lendemain de sa garde à vue, étant donné qu'elle n'avait pas sa dose, elle a fait une crise de nerfs et sa mère contactée par la police est venue la voir :

Je n'oublierai jamais ce jour-là, et elle a dit au policier que je m'adonne à la drogue dure et qu'elle a tout fait pour que je m'en sorte. Elle leur a dit aussi que je lui avais tout pris, les bijoux en or, argent et tout donc elle voudrait que l'on me mette en prison peut-être je pourrais m'en sortir. Donc je fus déferée au parquet puis la prison pour femme. Je suis restée malade à l'infirmerie durant une semaine et après je m'en suis sortie avec 2 mois. C'était très dur car je ne connaissais pas la prison. J'ai eu le temps de bien réfléchir et prendre des décisions comme quoi à ma sortie j'allais arrêter. Chose que je n'ai pas faite. Le jour de ma sortie, ma mère est venue me chercher et de retour à la maison, j'avais honte devant tout le monde. Je suis restée 10 jours sans problème jusqu'au jour où maman m'a remis 20000 pour aller payer le courant. En cours de route, j'ai rencontré une amie M. et c'était fini je suis retournée dans le milieu. Et bonjour les dégâts. J'étais devenue sans peur, sans honte, sans vergogne.

Puis vers les années 2000, Sokhna tombe amoureuse d'un sénégalais, le seul qu'elle a aimé nous dit-elle. De cette rencontre éphémère, elle est tombée enceinte de manière inattendue et a donné naissance à un garçon en 2000. Elle n'en revenait pas car elle avait connu plusieurs avortements. Lors de l'accouchement, elle découvre par la même occasion qu'elle est porteuse du VIH :

E : comment avez-vous découvert votre statut VIH

R : je n'avais toujours pas arrêté la came. J'ai dû accoucher par césarienne. Le professeur qui m'a opéré s'était coupé le doigt, donc deux jours après la naissance de mon fils, elle est venue me voir dans ma chambre et m'a demandé gentiment si elle pouvait me faire un test pour le VIH, ce que j'ai accepté sans problème. Deux jours plus tard, je le vois venir avec les résultats, je tremblais comme une feuille car je savais que j'avais des rapports non protégés et des shoots à risque. Je m'attendais un peu à ce qu'elle m'annonce une mauvaise nouvelle. Je ne mettais pas trop de tact, j'avais le VIH1, elle me l'a annoncé avec beaucoup de tact et m'a rassuré que ce n'était pas grave, que je pouvais être sûre que cela pouvait rester entre nous. J'étais très déprimée, je pensais à mon fils. Je me sentais coupable et si lui aussi était atteint, c'était horrible. Donc, il fallait aussi des tests au bébé. J'étais malheureuse, et là je commençais à regretter tout ce que je faisais, je pleurais tout le temps, et quand on m'a dit qu'il n'avait rien mais que je ne devais pas

lui donner le sein, j'étais rassurée. Heureusement que ma mère avait compris, elle pouvait lui acheter le lait qu'on lui faisait dans un biberon. »

Après la naissance de son enfant et la découverte de son statut, Sokhna va arrêter de consommer la drogue pendant deux années. Elle avait très peur du VIH et à un moment elle a abandonné le traitement antiviral qu'elle avait commencé à suivre au CTA. Sa mère pour l'aider à s'en sortir a déjà tenté de l'hospitaliser en psychiatrie à l'hôpital Fann plusieurs fois. Mais après deux ans Sokhna a encore retouché à la drogue et quitté la maison familiale. Elle décide de laisser son enfant à ses parents, sa mère étant remariée. Cependant, Sokhna déclare aimer son enfant, d'ailleurs elle allait le voir de temps en temps en cachette :

Il avait 2 ans juste après le sevrage car il y avait maman et papa qui s'occupaient de lui. Je quitte mon fief de Médina tôt le matin après être sortie toute la soirée à la recherche de ma dose pour aller me pointer à côté de chez mes parents pour apercevoir mon enfant de très loin prendre le bus de l'école. Je le regardais avec un amour et les larmes aux yeux, je pleurais à chaudes larmes car je ne pouvais pas le toucher, le sentir dans mes bras, le câliner, voir son sourire qu'il faisait à son grand parent... et les signes d'au revoir et rentrait dans le bus me réconfortaient. Je retournais sur mes pas sans rentrer dans ma maison qui me manquait, car j'étais devenue une loque humaine.

Tout au long de sa trajectoire, Sokhna nous raconte la manière dont elle a été stigmatisée par sa famille et son entourage. Sa mère uniquement la soutient, ce qui est très important pour elle. Ses frères et sœurs ne lui adressent plus la parole, elle est exclue des cérémonies familiales. Elle-même ne souhaite pas prendre part à ces fêtes car elle a honte de son apparence et de sa situation. Elle est stigmatisée, mais également elle s'auto-stigmatise en se mettant à l'écart du mieux qu'elle peut pour ne pas déranger et être dérangée dans sa pratique. Sokhna est consciente qu'elle fait partie d'une société qui a des attentes en termes de conduite de la femme mais elle explique que lorsqu'on est sous l'emprise de la drogue, on perd la capacité à composer avec les codes sociaux. On cherche à vivre avec des personnes qui nous ressemblent et qui font la même chose que nous. C'est pourquoi, elle va contracter un premier mariage qu'elle qualifie d'échec car tous les deux étaient dans la drogue. C'était un dealer qui a vécu en Allemagne durant 15 ans et qui fut rapatriée. Elle le rencontre dans un bar, par la suite, il lui propose de vivre avec lui. Puisque cela lui permettait d'avoir la drogue plus facilement, elle a accepté. Elle s'empresse d'en parler à sa mère en occultant de lui dire que c'était un dealer : « mais comme elle l'a si bien dit elle préfère me voir stable que de mener une vie désordonnée. Et évidemment elle ne savait pas qu'il s'agissait d'un dealer. Je lui mentais à chaque fois. ». Sokhna n'eut pas droit à un mariage faste comme on en observe dans la société sénégalaise, il n'y avait pas de griots, ni de tambour pour chanter ses louages. Le mariage religieux fut scellé avec quelques membres

de leurs familles. Elle vécut 5 ans avec son mari jusqu'au moment où il fut arrêté pour détention de drogues et envoyé en prison avec une peine de 1 an et 8 mois. Pendant ce temps, Sokhna resta vivre chez son mari et sa mère l'aidait encore une fois en lui rendant visite et en lui apportant des denrées alimentaires : « Mes frères et sœurs lui en voulaient, ils disaient que c'est elle qui entretenait mon ménage. Et pourtant, la pauvre, elle voulait simplement que je reste tranquille. Moi, je continuais à mentir, me droguer ». En l'absence de son compagnon, Sokhna a eu le temps de faire une introspection et encore une fois, elle prend la décision de se sevrer définitivement. Et donc à la sortie de prison de son partenaire elle lui fait part de sa volonté de se retirer à Ndindi, là-bas, il y avait une communauté thérapeutique mise en place par un marabout mouride. Elle avait entendu que les usagers de drogues s'y réfugiaient pour se guérir. Elle était motivée par le fait que son fils grandissait, il avait désormais 6 ans, et elle voulait vraiment s'en sortir. En même temps, elle souhaitait divorcer mais son partenaire n'était pas d'accord. Après négociation, ce dernier accepta le divorce. Sokhna fit part de son projet à sa mère qui va la soutenir en lui offrant en deux tranches 1 millions de FCFA. Arrivée au village de Ndindi, le marabout lui a offert une parcelle de terre, avec l'argent de sa mère, elle y installe une case, un poulailler et un petit potager. Par ailleurs en partant, elle amène des médicaments anti douleurs sur les conseils des usagers de drogues de son milieu, ces comprimés permettaient de faire face au syndrome de manque :

E : comment tu as fait pour faire face au manque une fois à Ndindi ?

R : En partant j'ai acheté 2 boîtes de **trabar**⁶⁹ qu'un de mes ex usagers m'avait conseillé. Les premiers jours ont été très durs, mais comme l'envie d'arrêter était plus forte que tout, j'ai tenue. Maman m'appelait tous les jours pour me reconforter et me donnait de l'argent de poche. C'était une nouvelle vie pour moi (...). Il fallait que je fasse comme tout le monde, j'allais puiser de l'eau bassine sur la tête, je préparais le repas pour les **Baye Fall**⁷⁰, faisais le café enfin tout ce qu'il fallait pour être là-bas. Durant 7 mois je suis restée sans toucher à la came jusqu'au jour où un dealer est venu pour un **Magal**⁷¹ avec de l'héroïne et à sa vue j'ai eu des maux de ventre terribles, je baillais comme si j'étais en manque et j'ai dû en acheter avec lui et j'ai replongé.

Là encore, la relation avec un usager venu à Ndindi pour les mêmes raisons que Sokhna va avoir un impact en ce qui concerne la rechute dans la drogue. Sokhna va entretenir une relation amoureuse avec le monsieur et par la suite ils décidèrent de se marier. Dans le même temps

⁶⁹ Médicament anti douleur

⁷⁰ Terme utilisé pour nommer les disciples du marabout

⁷¹ Pèlerinage religieux de la confrérie mouride au Sénégal

vers 2011, les acteurs avaient commencé à parler de l'enquête UDSEN et du projet de rendre disponible le traitement méthadone. Sokhna vivait désormais dans l'espoir d'accéder à ce traitement, elle partait à Dakar pour les besoins de l'enquête et retournait à Ndindi :

« E : comment tu as vécu ce moment où tu étais en couple avec T. ? Est ce qu'il connaissait ton statut sérologique ?

R : T, lui aussi avait replongé car les dealers venaient de plus en plus là-bas et il commençait à changer de comportement. Il devenait nerveux et violent, se fâchait pour un oui ou pour un non. Moi, je le supportais car je comprenais c'était dû à quoi. Je lui parlais du projet il ne voulait pas en entendre parler car il me disait qu'il connaissait la méthadone et l'a prise en France et que jamais il prendra ce produit. Donc, on ne s'entendait plus. Toujours des problèmes. Je ne le reconnaissais plus. J'étais très déçue. Je n'avais personne à qui parler. J'avais honte de moi. Il connaissait mon statut sérologique. Nous avons discuté de ça et il ne voulait pas aussi entendre parler des préservatifs. Je l'ai compris et j'ai tout fait pour qu'il aille avec moi se faire dépister. A la sortie des résultats, ma surprise fut très grande. Monsieur n'était pas positif avec toutes les années de vie commune sans préservatif. C'est alors que je lui ai demandé de divorcer car je ne pouvais pas avoir un tel acte de ma part »

En 2015, à l'ouverture du CEPIAD, Sokhna est incluse dans le programme méthadone qu'elle perçoit comme un traitement miracle. Elle est maintenant rentrée à Dakar. Deux ans après son deuxième mari a consenti à la répudier. En 2018, après deux ans de traitement, elle a commencé à se stabiliser. Elle pense avoir perdu du temps avec la drogue et qu'elle a gâché les plus belles années de sa vie. Maintenant qu'elle se ressaisit, elle pense à son enfant qui est devenue adolescent et qui se pose des questions sur elle. Elle pense également à sa mère qui vieillit et qui n'a plus les forces de l'aider. Elle se promet d'aller de l'avant. Au CEPIAD, elle fait partie des membres de l'équipe de terrain, enfin elle a un salaire, son apparence change, elle commence à revivre en société, elle est même parti à Abidjan pour suivre une formation sur la réduction des risques avec les autres membres de l'équipe de terrain. Elle se sent valorisée et elle a de l'espoir :

E : comment tu apprécies ta situation actuelle ?

R : Aujourd'hui, je gagne ma vie honnêtement et j'ai intégré la société la tête haute car ce n'était pas évident. La plupart de mes amis sont morts, si je me mettais à les compter je n'y arriverai jamais tellement qu'ils sont nombreux. J'en ai assisté au moins 17 qui sont décédés devant moi. J'étais à l'hôpital avec eux car il leur fallait des accompagnants. Je les ai vu souffrir et une chose est sûre s'il y'avait le CEPIAD beaucoup seraient là permis nous (...) Avec le CEPIAD, j'ai pu obtenir un voyage en Côte D'ivoire pour une semaine dans le cadre des renforcements des capacités et la mise en place d'un groupe d'auto support. Cela m'a permis de changer d'air et d'avoir

confiance en moi. Ce voyage m'a beaucoup fait du bien. J'ai compris que rien n'était perdu.

En 2019, Sokhna continue à se battre pour s'en sortir. Maintenant elle ne consomme plus l'héroïne. Elle prend de l'alcool et de la cocaïne de temps en temps. Elle continue sa lutte pour retrouver sa place dans la société mais le regard des autres est encore lourd à porter. Elle se sent encore stigmatisée par sa famille et par certains soignants au CEPIAD :

Tout le monde a remarqué mon changement. Le seul problème est que je continue avec la coke de temps en temps. Je me sens des fois stigmatisée au niveau du centre par des membres médicaux (...) Ma mère est devenue vieille après la mort de son mari. C'est comme si elle ne voulait plus de sa vie. Je la regarde avec amertume, je me sens coupable. Et ça, ce sont mes frères qui m'ont rendu comme ça car pour eux, c'est de ma faute si maman est devenue comme ça. Ils ne m'ont jamais pardonné mes erreurs. Ils ne vivent pas au Sénégal sauf ma sœur qui s'occupe de mon fils. Elle l'adore. Je suis sûre qu'elle fait tout pour lui mais moi, elle ne m'adresse pas la parole si ce n'est le bonjour c'est tout. Je ne leur en veux pas, je comprends et c'est pourquoi je me bats pour ne plus recommencer les mêmes conneries.

Maintenant Sokhna nous dit qu'elle a le temps de prier, de penser à Dieu. Elle a rencontré un autre homme qui n'est pas usager de drogues cette fois ci, elle s'est remariée en 2019, en même temps elle essaie d'être présente pour son enfant :

En ce moment je me cherche. Cinquante ans révolus, je suis même en ménopause, je deviens assez raisonnable. Je prends conscience de tout ce qui s'est passé et j'essaie de me rattraper en le couvrant (son fils) d'amour et je fais tout pour lui faire plaisir.

Nous avons eu plusieurs entretiens avec Sokhna quand elle venait prendre son traitement par méthadone au centre de prise en charge des addictions. Elle se définit comme « la première graine » de Grand Dakar en ce qui concerne l'enquête UDSN pour nous dire qu'elle est témoin du processus de mise en place du CEPIAD. Sokhna est également membre de l'équipe de terrain du CEPIAD. A notre première entrevue en 2017, elle était divorcée cependant elle s'est remariée en 2019 quand nous l'avons revue. Le cas de Sokhna nous montre qu'une jeune fille peut naître dans un milieu social aisé et être susceptible de basculer dans la drogue. Toutes les conditions étaient réunies pour qu'elle puisse s'épanouir mais des événements sont survenues et entravés les effets de tels avantages.

Le cas de Sokhna est surtout représentatif de la situation de toutes ces femmes qui ont vécu des formes d'addiction de couple. Parmi ces récits de vie on note l'influence des hommes (ami, petit ami, partenaire sexuel) qui peut s'arrêter à l'initiation pour certaines alors que pour d'autres, c'est la relation avec des partenaires usagers de drogues qui pollue toute la trajectoire.

La plupart de ces femmes ont divorcé au moment où nous les avons rencontrés pour la première fois. Certaines ne sont pas instruites, d'autres ont juste eu le BFEM et quelques-unes ont été jusqu'en classe de terminale. Leurs histoires racontent plus que celle des autres, une emprise des drogues sur leur vie à travers différents contextes. Ce qui est marquant chez les femmes qui ont à peu près la même expérience que Sokhna, c'est le fait que les trajectoires de ces dernières se construisent à travers un ensemble d'événements singuliers qui rythment leur histoire avec les drogues.

Dans la catégorie des trajectoires denses, l'histoire racontée est marquée par des ruptures (décès, séparation des parents, viols, confiage, divorce, maladie, mobilité, ruptures amoureuses, mariages forcés prostitution, délinquance, prison) qui rythment la trajectoire de consommation. La dynamique est maximale. Ces parcours de femmes sous drogues sont plus ou moins longs. Les reconstitutions des trajets de la consommation mettent en trame les questions de vulnérabilités. Dans cette catégorie, il y a plusieurs ruptures qui troublent la trajectoire et de nombreuses transitions. Ici, les femmes vont commencer par expérimenter des produits, avancer vers un usage problématique, s'installer dans une addiction puis recourir à un traitement. A cela s'ajoute la période d'Ex Consommateur de drogues. Ces étapes ne sont pas toujours linéaires. Certaines pouvant revenir en arrière ou tourner en boucle en jonglant entre des phases de consommation et de sevrage. Ces femmes ont un long parcours dans l'usage. Elles ont connues des périodes plus ou moins longues de sevrage suivies de période de rechute et ont expérimentés différents modèles de prise en charge : des hospitalisations en psychiatrie, des prières auprès des marabouts, des voyages pour fuir le milieu des usagers de drogues, avant l'arrivée du CEPIAD. Ce type de trajectoire concerne la plupart des femmes que l'on retrouve au CEPIAD

Dans le cas de Sokhna, nous avons pu observer beaucoup d'événements singuliers qui jalonnent sa trajectoire et qui ont renforcé le cheminement dans les drogues. Son histoire donne une photographie du vécu de plusieurs usagères livrées à elles-mêmes, stigmatisées, sans accès à un traitement adéquat. Pendant des années, la seule réponse disponible pour les usagers de drogues a été la prison. Les cas de Sokhna et de beaucoup d'autres de ces camarades montrent qu'il est possible de s'en sortir même après 30 ans dans les drogues. Chez la plupart des femmes dépendantes de drogues injectables, même si le mariage est important, le choix est généralement dirigé vers des hommes de leur milieu. En ce qui concerne l'image de la femme uniquement définie par son rôle de mère, la plupart du temps, les femmes UD actives n'ont pas un projet reproductif. Seulement une fois que ça leur tombe dessus, elles essaient de négocier ce rôle et

de s'y investir. Certaines ne se sentant pas capables abandonnent très souvent ce rôle aux grand-mères.

Conclusion

La consommation de drogues par les femmes ne serait-ce que pour ce qui concerne le tabac et l'alcool a toujours existé dans les sociétés africaines. Avec la modernité le phénomène s'est amplifié du fait de la disponibilité de nouveaux produits sur le marché. Deux figures témoignent de la réalité de l'usage de drogues dans un contexte sénégalais: la femme « âgée ou noble » et la femme « libre ». Ces figures correspondent à des époques différentes, elles témoignent du dynamisme du statut de la femme dans notre société. Les pratiques des drogues évoluent en fonction de la disponibilité des produits sur le marché.

En outre, les histoires de vies que nous avons recueillies montrent qu'il y a différents facteurs à partir desquels les femmes racontent leur engagement dans l'usage de drogues. La diversité des situations rencontrées traduit que c'est à partir d'une combinaison de facteurs et non pas dans une causalité linéaire que les femmes elles-mêmes construisent la dynamique de leurs histoires de vies. C'est pourquoi nous avons privilégié la notion de trajectoire pour rendre compte des biographies des femmes. Par ailleurs, la notion de carrière (cf. chapitre 4) a été utilisée aussi pour décrire le parcours des usagers de drogues. Comme l'explique Howard Becker, l'engagement dans l'usage de drogues dans un contexte dominé par des réponses pénales répressives peut induire des activités déviantes. Cependant la notion de carrière ne suffit pas pour rendre compte des différentes expériences car l'engagement dans un style de vie lié aux drogues s'opère par un jeu de ruptures et de transitions qui pèsent sur les biographies. Dans les récits de vie que nous avons recueillis, c'est la discontinuité qui domine. Il n'y a pas de processus linéaire, une carrière qui voudrait que l'on entre dans l'usage de drogues et que l'on évolue crescendo vers une addiction conduisant à la recherche de soins. Oumou n'est pas arrivée à la phase d'addiction et même pour les femmes, les plus engagées dans la drogue comme Sokhna, il y a des périodes de ruptures.

De plus en plus, certaines femmes UD revendiquent aussi plus d'autonomie et de liberté quant à leur choix de vie. Elles sont au cœur des changements provoqués par la modernité. Cependant, malgré une émancipation plus grande des femmes, elles sont fortement stigmatisées auprès d'une société qui conçoit la femme comme le socle de la famille et de la communauté. Elles n'échappent pas à l'idéologie patriarcale qui envahit l'imaginaire des femmes sénégalaises et

qui leur fixe des règles de bonnes conduites (le *sutura*⁷² et le *Kersa*⁷³). Comme l'écrivait Ly (1966), le *sutura* et le *kersa* sont des valeurs traditionnelles fondamentales de la société wolof voire sénégalaise. Ces deux concepts se rejoignent et renvoient à la valorisation de la retenue et de la maîtrise de soi en toute chose (actes et conduites, paroles et expression des émotions) (Ly et al. 1966). Ces valeurs traditionnelles associées à un conservatisme réactionnaire véhiculé par des experts religieux confine les femmes dans le silence et la discrétion et rend invisible certaines pratiques (comme l'usage de drogues) lorsqu'elles se produisent chez les femmes. C'est pourquoi dans cette société où la valeur de la femme est reconnue à travers le mariage et son rôle de mère, où le féminin hors la loi est fortement rejeté, plusieurs femmes préfèrent être discrètes pour ne pas subir le poids du regard social. Et d'ailleurs, ce qui est le plus marquant dans la manière dont Oumou et Sokhna se racontent, c'est la culpabilité par rapport aux parents et aux enfants, alors qu'on a l'impression que par rapport au conjoint, elles se sentent peu coupables. Les femmes usagères de drogues, en tant que mères ne se sentent pas investies ou capable d'être à la hauteur de leur rôle. Elles se perçoivent comme ayant un comportement irresponsable et alors exclues des rôles et identités socialement acceptables. Ce poids moral est une particularité de genre. Le fait de « se cacher » et « être coupable » est à la base d'une auto-stigmatisation très forte quand on voit la manière dont Sokhna parle d'elle-même. Cependant on remarque la solidarité qui existe entre UD dans le récit de Sokhna quand elle s'installe dans la communauté de Ndindi ou quand elle assiste et soutient des usagers qu'elle connaît. Mais cette sociabilité n'est pas suffisante pour constituer une famille de remplacement. Les récits montrent qu'au-delà de l'usage et des soins, il s'agit aussi de trajectoires morales et sociales. Après la culpabilité et le fait de dissimuler sa socialisation dans le milieu des UD à sa famille, on remarque que l'entrée dans le dispositif du CEPIAD offre une forme de retour à une estime de soi, une resocialisation « en plein jour » et un retour à une valeur morale, forme de rédemption.

⁷² La discrétion

⁷³ La retenue

CHAPITRE 7. QUATRE PROFILS SOCIAUX TYPES DE CONSOMMATRICES DROGUES

Introduction

En Afrique, la situation des femmes consommatrices de drogues (UD) est beaucoup moins documentée que dans d'autres parties du monde comme l'Europe et l'Amérique. Elles y sont moins nombreuses dans les programmes dédiés aux usagers de drogues (UD), où elles ne représentent que 10 à 20% des personnes prises en charge, et dans les études (ONUDC, 2018) qui par ailleurs prennent peu en compte les particularités féminines. Au Sénégal, les femmes sont considérées comme une « population cachée » dans le milieu des usagers de drogues (Tine 2008; Ndione 2017; Stengel et al. 2018). Les femmes UD sont stigmatisées, concernées à la fois par la prostitution, la violence et l'usage de drogues et par les risques d'infections sexuellement transmissibles, d'infections à VIH et d'hépatites (Guillaume et Chaka 2017).

La littérature en santé publique tend à montrer que la sous-représentation des femmes parmi les UD recensés et pris en charge reflète la répartition genrée de la consommation de drogues injectables, mais il est aussi possible que les femmes aient moins accès que les hommes aux services de traitement des addictions et des problèmes de santé liés aux drogues (Seddon 2008; Neff 2018). Cette accessibilité pourrait être liée aux profils sociodémographiques des femmes, incluant leur rapport aux drogues, qui ont jusqu'à présent été assez peu décrits.

En effet, les femmes UD sont décrites d'une manière assez univoque qui les associe à la marginalité sociale, la pratique du travail sexuel, et l'extrême précarité, même lorsqu'elles sont en couple. En Europe, les figures de femmes consommatrices de drogues sont associées à ces espaces sociaux à la marge : chanteuses, actrices, filles de boîtes de nuit, mères déviantes, prostituées...etc (Ito, Lépine, et Treibich 2018). Par ailleurs, une partie de la littérature se focalise sur la figure de la mère consommatrice de drogue, mettant l'accent sur les conséquences de l'usage de drogues sur la procréation et sur les enfants (Simmat-Durand 2002; 2007; 2009; Simmat-Durand et al. 2011). Au Sénégal, les rares travaux disponibles assimilent les femmes usagères de drogues à la figure de la prostituée (Werner 2000; Leprêtre et al. 2015; Ndione 2017). Des données empiriques relevées au Sénégal nous conduisent à interroger cette image bi-polaire et stéréotypée des femmes UD (la mère ou la prostituée), qui pourrait recouvrir et cacher des profils sociodémographiques divers.

Dans ce chapitre nous nous appuyons particulièrement sur le concept d'intersectionnalité (Bilge 2009; Duros 2014; Palomares et Testenoire 2010; Davis 2015; Janssen 2017), qui permet

d'aborder la conjonction et l'imbrication entre les inégalités de statuts dont les femmes peuvent être socialement victimes en tant que femmes, professionnelles du sexe et usagères de drogues injectables.

Depuis le démarrage des activités du centre en 2015, les femmes représentent 1/10 des patients. Or si elles sont moins nombreuses au CEPIAD, cela pourrait être lié au fait que l'offre ne tient pas en compte de leurs spécificités. Ce qui montre la nécessité de questionner la diversité des profils d'usagères de drogues afin de mieux comprendre qui elles sont et leurs besoins. De plus les productions cinématographiques (Ba, Boubacar 1998) qui ont longtemps traité le profil du consommateur-rice délinquant-te, ont récemment commencé à inclure une diversité de profils dans les scénarios proposés, comme le fait la Série Renaissance (2020). Dans cette série qui traite de la question des drogues au Sénégal, on note des profils qui correspondent à des consommatrices de médicaments antalgiques et d'héroïne. Les premières scènes de cette série mettent également en trame le décès par overdose d'une jeune femme qui avait consommé de la cocaïne pendant une soirée privée. Ce profil a également été médiatisé à partir de faits divers à Dakar en 2018 et 2020, à travers deux histoires de femmes qui seraient décédées par overdose, une mannequin et une directrice d'agence fille d'un milliardaire. Dans ces deux affaires, les milieux des « jets setters » sénégalais ont été indexés, comme étant fréquemment impliqués dans la circulation et la consommation de drogues. En l'absence d'études ethnographiques sur les profils des femmes UD au Sénégal, il est donc important de développer une meilleure description émique des catégories rencontrées.

Dans ce chapitre, nous allons décrire et analyser les profils sociaux des femmes UD rencontrées à Dakar et à Mbour. A partir des données de terrain, quatre profils de femmes émergent dans divers contextes sociaux : des jeunes femmes du monde de la nuit et du divertissement ; des jeunes femmes rencontrées dans les quartiers populaires et associations de TS ; des femmes moins jeunes connues dans le milieu des UD comme « les anciennes junkies » ; des femmes d'âges divers moins visibles dans ces milieux sociaux et vivent leur dépendance aux médicaments dans l'isolement. Cette catégorisation est émique, c'est-à-dire qu'elle n'a pas été imposée par la chercheuse à partir d'idées préconçues mais elle fait sens pour ces personnes. Les catégories construites sont polythétiques, c'est-à-dire que (1) elles ne sont pas basées sur un critère unique, (2) les catégories ne reposent pas sur des caractéristiques totalement différentes les unes des autres ni mutuellement exclusives et (3) un individu classé dans une catégorie n'en possède pas toutes les caractéristiques et peut se retrouver dans une autre catégorie selon les circonstances. Les principaux traits permettant le classement ne sont donc

pas répartis de manière totalement homogène (Martiniello et Simon 2005). Il s'agit des pratiques de consommation des femmes, du milieu dans lequel elles consomment et se socialisent, et des catégories utilisées pour se qualifier entre elles. En les combinant, on obtient un classement qui rend compte de catégories assez homogènes, qui correspondent à des groupes sociaux d'interconnaissance pour les trois premières catégories, et qui ont des recours en matière d'aide et de prévention qui les distinguent. Cette catégorisation n'est cependant pas figée car quelques femmes sont passées d'un profil à un autre au cours de leur trajectoire d'UD.

7.1 Des jeunes femmes du monde de la nuit et du divertissement

La plupart des femmes rencontrées dans ce milieu sont consommatrices de cocaïne – crack et d'alcool. Dans cet environnement, la drogue est fumée à l'aide d'une pipe ou sniffée. Ces jeunes femmes sont assez autonomes et pratiquent parfois le sexe transactionnel. Parmi ces femmes, certaines travaillent comme serveuses dans les bars et restaurants ou sont masseuses dans des instituts de bien-être. Ces femmes, ayant des âges compris entre 25 et 35 ans, se présentent sous une apparence qui n'a pas été altérée par la consommation de drogues, qui montre plus ou moins, selon les cas, leur aisance financière ou plus exactement leur capacité à investir dans des vêtements, du maquillage et des accessoires à la mode, et dans des smartphones actualisés. Elles ont souvent des partenaires étrangers (Européens, Libanais, etc.). Pour ces femmes, le milieu festif et/ou touristique comme Saly est propice à la consommation de substances psychoactives, souvent associée à la convivialité.

Une partie des femmes rencontrées ont découvert et consommé la drogue en travaillant dans des bars et restaurants, dans le monde de la nuit (boîtes de nuit). En dehors d'une fréquentation assidue de ces milieux conviviaux marqués par beaucoup d'interactions et de transactions financières et sexuelles, elles présentent les fêtes privées entre pairs comme prétexte à la consommation d'alcool et de cocaïne décrite comme une pratique de fête. Les femmes qui consomment dans ces contextes affirment que cela leur permet de s'évader et d'oublier la réalité, mais aussi de créer des liens sociaux. Les premières discussions avec elles ont été engagées dans les bars autour d'une bière offerte. Le milieu festif est vu comme un contexte propice pour se laisser aller sans être jugée, pour partager de l'alcool et de la drogue avec les pairs, pour décompresser et oublier des problèmes sociaux. De nombreuses femmes ont été initiées en fréquentant ce milieu. Certaines femmes y font le premier pas vers une trajectoire addictive, mais ce n'est pas toujours le cas, car d'autres vont consommer dans ces milieux uniquement à titre récréatif. Cet usage occasionnel permet d'avoir une certaine maîtrise sur sa

consommation mais ne soustrait pas les usagères au risque par rapport au VIH et aux surdoses, car la fête peut donner lieu à des excès et à des comportements à risque.

7.1.1 Vignette biographique, Aicha, 27 ans

Aicha est née à Mbour, à proximité de la station balnéaire de Saly, lieu de fête et de loisirs. Elle est éduquée par sa sœur et apprend à se débrouiller seule très tôt. Elle habite à Saly mais elle séjourne parfois dans d'autres sites balnéaires (îles du Saloum, Casamance) selon les opportunités de travail. A l'âge de 15 ans, elle est initiée à la consommation d'alcool et de cannabis par ses fréquentations dans le milieu festif, puis elle découvre la cocaïne/crack à travers un petit ami arabe.

Au moment où nous la rencontrons, elle consomme de la cocaïne/crack par fumette, du cannabis et de l'alcool. Elle déclare qu'elle gère sa consommation. Elle peut s'en passer quand elle veut. La plupart du temps elle consomme le crack pour faire la fête. Cependant, elle déclare consommer de l'alcool tous les jours. Pour se procurer la drogue, elle commissionne un copain consommateur de drogues mais elle ne se rend jamais chez un dealer pour ne pas prendre des risques. Mais aussi pour cacher sa consommation : « Je vis comme je veux. Je vis pour moi, je me cache autant que je peux, les gens l'ont dit à ma mère mais ce n'est pas grave. » Nous explique-t-elle. A cause de son mode de vie, Aicha se sent stigmatisée par les membres de sa famille : « Les gens dans ma famille ne digèrent pas le fait que je sois comme je suis, car je fais partie d'une famille vertueuse ». nous dit-elle.

Aicha est une jeune femme assez indépendante et assez autonome. Elle a entamé une formation en mécanique qu'elle a abandonnée. Au moment de l'entretien, elle dit tenir une boutique de cosmétiques. Elle a également travaillé dans des restaurants fast food. Propriétaire d'un bar, elle a parfois offert des services sexuels, de manière occasionnelle.

Aicha a une fois fait un séjour de 15 jours en prison pour possession de drogues : « j'ai fait la prison j'étais innocente parce que le crack pour lequel on nous avait interpellés ne m'appartenait pas. On était en bande d'amis dans une voiture, on s'est rendu dans une boulangerie pour acheter du pain et les policiers ont pris d'assaut la voiture pour la fouiller. J'étais avec quelqu'un, du nom de T, très réputé dans le milieu de la drogue, tous les policiers le connaissaient. Dans la fouille les policiers ont trouvé du crack et personne n'a voulu se l'approprier dans la voiture, alors ils nous ont mis en garde à vue pendant 48 heures puis on nous a déféré à Thiès (...) j'ai fait 15 jours en prison. » Nous dit-elle

Mariée à deux reprises, elle est aujourd'hui divorcée et sans enfants. Elle a été souvent en couple avec des consommateurs de drogues. Elle n'a pas vécu de violences car selon elle, elle sait se défendre. Aicha n'est jamais tombée enceinte, elle prend des contraceptifs et elle ne souhaite pas avoir d'enfants : « C'est moi qui ne veux pas avoir de grossesse (...) avec tout ce que je fais si j'ai un enfant, sa vie sera affectée ».

Entretien réalisée le 04/04/2019

7.1.2 Vignette biographique, Atia, 31 ans

Atia est une jeune femme de 31 ans. Elle est d'origine malienne, mais est née à Dakar. Son père travaillait dans les relations publiques ce qui a conduit sa famille à s'installer au Sénégal, puis en France à un moment et par la suite elle est définitivement rentrée à Dakar. Elle connaît également beaucoup de villes d'Afrique. Ses parents sont décédés très tôt, son père et ensuite sa mère.

Elle consomme la cocaïne pour la première fois en France incitée par son petit ami. Elle n'aime pas l'effet que ça lui fait. Après cette première expérience, elle en reconsomme 4 ou 5 ans après quand elle fait la rencontre d'une amie libanaise qui en prenait. C'est à partir de là qu'elle commence à en consommer régulièrement avec ses amis à Dakar. Elle n'arrêtait pas de pleurer en racontant son histoire. Elle nous dit qu'elle voulait demeurer caché, elle ne voulait pas que sa pratique soit connue. Nous avons pris beaucoup de temps à la rassurer en lui expliquant que les données étaient confidentielles et anonymisées.

Atia a eu son bac. Ensuite elle a fait une formation en informatique puis elle s'est lancée dans le mannequinat et la télé : « Après mon bac j'ai fait de la maintenance informatique, après ça, j'ai laissé ça pour faire du mannequinat. Après le mannequinat j'ai fait la télé, après la télé je me suis intéressée au cinéma. Je suis partie faire des études en cinématographie, après quand j'ai eu mon diplôme, j'ai fait aussi la radio. » Nous dit-elle. Atia n'a jamais vécu dans la pauvreté. Elle est assez autonome et entreprenante.

Souvent en couple avec des consommateurs de drogues : « des gens qui faisaient la même chose que moi et il n'y a jamais eu de problèmes », elle est aujourd'hui mariée à un français non usager qui le soutient financièrement.

Lorsque nous l'avons rencontrée, elle venait de s'installer à Mbour. Elle nous a reçus dans son appartement. Elle a tenté de ne plus consommer à maintes reprises : « je fuyais l'affluence des gens qui le prenaient où je partais en voyage ». nous dit-elle. Elle a vécu un viol quand elle était

plus jeune. Elle considère qu'elle n'est pas épanouie sexuellement à cause de tout ce qui lui est arrivée.

Atia n'a pas d'enfants. Elle a fait deux fausses couches. Elle consommait de la cocaïne et ne savait pas qu'elle était enceinte.

Atia se perçoit comme dépendante de la cocaïne et elle a exprimée le besoin d'être aidé pour sortir de l'addiction mais n'a pas évoqué des questions de soutien social. Elle a une fois pris un Rendez-vous à la clinique Cheikh Anta Diop mais arrivée dans la salle d'attente, elle s'est ravisée et elle est repartie. Elle est drépanocytaire, elle a fait un test au dépistage VIH et elle n'a jamais eu accès au dépistage des hépatites. Elle ne veut pas aller dans un centre de soins spécialisés parce qu'elle a peur d'être jugée.

Entretien réalisé le 01/04/2019

7.1.3 Vignette biographique Gnilane, 34 ans

Gnilane est née à Mbour. Elle arrête ses études en classe de terminale parce que son papa avait des problèmes financiers pour continuer à payer ses études. Par la suite elle a fait une formation en couture et stylisme.

Gnilane a une fille avec un belge qui était son mari. Ensuite ils ont fini par divorcer. Elle a été en couple à plusieurs reprises avec des blancs qui avaient de l'argent et qui lui ont offert « la belle vie » selon ces propos.

Gnilane consomme de la cocaïne, du crack et de l'alcool par sniff et fume, elle ne s'est jamais injectée. Elle a découvert tous ces produits en fréquentant les milieux festifs de Saly. Au début elle consommait avec un groupe d'amis puis elle s'est mise à le faire seule.

Elle a essayé de se sevrer une fois en allant voir un médecin à l'hôpital de Mbour qui lui a prescrit des médicaments dont elle n'a pas retenu le nom. Elle a pris ce traitement pendant un mois puis elle a arrêté de consommer la cocaïne/crack, elle consomme 6ans après parce qu'elle s'est retrouvée sur la même table avec quelqu'un qui le vendait et elle n'a pas su se retenir. Au moment de l'entretien, elle déclare n'avoir pas consommé de la cocaïne/crack depuis deux mois et qu'elle tentait de s'en sortir par volonté individuelle pour son enfant et ses parents. Par contre, elle estime avoir besoin d'aide pour arrêter de consommer l'alcool.

Gnilane considère qu'elle est en bonne santé, elle fait un test dépistage VIH auprès d'une équipe de passage à Saly et c'était négatif. Elle déclare qu'elle a plus un problème d'addiction à l'alcool qu'à la cocaïne.

7.2 Des femmes, rencontrées dans les quartiers populaires et les associations de TS

Les femmes interrogées sont pour la plupart consommatrices de cocaïne/crack et plus ou moins d'héroïne, cannabis et alcool. Certaines de ces femmes sont travailleuses du sexe (professionnelles ou clandestines) engagées dans des associations identitaires. Ces jeunes femmes ont accès à des conseils de prévention à travers leur groupe au travers de collaborations avec les ONG qui interviennent auprès de populations clés. Certaines sont inscrites au fichier sanitaire national des professionnelles du sexe et détiennent un carnet de santé qui atteste de leur reconnaissance officielle, et bénéficient de consultations gynécologiques dans les structures dédiées pour la prise en charge de ces populations (Ito, Lépine, et Treibich 2018). D'autres sont des jeunes femmes usagères impliquées dans la circulation des produits (elles ont grandi dans le champ du deal). Elles jouent un rôle de relais entre les dealers et les consommateurs de drogues dans le milieu.

Ces jeunes femmes vivent dans des quartiers populaires de Dakar (Médina, Grand Dakar, Fass, Baobab, Ouakam, Parcelles Assainies). Quelques-unes sont en famille ou en couple, la plupart d'entre elles vivent seules et louent une chambre dans ces quartiers. Les pratiques sociales du travail sexuel des femmes qui exercent dans la clandestinité sont multifformes. Certaines pratiquent le multi-partenariat : elles sont en relation avec plusieurs hommes en même temps dans le but de pouvoir s'assurer des biens ou de l'argent. D'autres exercent de la prostitution « à la passe » ; parmi elles, certaines sortent le soir dans les bars à la recherche de clients et une partie d'entre elles se limitent à des clients habituels assidus souvent contactés par téléphone portable. Selon ces femmes, l'utilisation du téléphone portable et des réseaux sociaux comme WhatsApp permet de ne plus faire de racolage et d'éviter de se faire prendre par la police. La majorité de ces femmes ont été interpellées au moins une fois pour défaut de carnet sanitaire, ce qui a motivé quelques-unes à s'inscrire au fichier sanitaire.

La plupart de ces femmes déclarent avoir découvert les drogues par la prostitution. Pour elles, cette activité n'est pas pratiquée uniquement pour soutenir une dépendance : elles avaient déjà opté pour elle pour assurer des besoins primaires (se nourrir, se vêtir, se loger). Par ailleurs, certaines ont fait la découverte des drogues auprès de clients usagers, d'autres auprès de leurs camarades TS pour rehausser des performances sexuelles ou pour oublier le train-train d'un quotidien hors normes. Certaines ont parfois des problèmes d'accès au logement, elles

déménagent sans cesse parce qu'elles n'arrivent parfois pas à payer le loyer à la fin du mois ou parce qu'elles cachent leur statut de TS quand la suspicion gagne l'entourage. Quant aux femmes qui sont de « petites dealeuses », elles ont également relaté des circonstances de prostitution clandestine. Elles sont généralement en couple avec des dealers de cannabis ou des usagers de drogues ou d'alcool. Elles ont réussi à avoir une vie de famille malgré la prise de substances. Au moment où nous les avons rencontrées, certaines parmi elles tenaient des petits commerces alimentaires ou de produits domestiques pour pouvoir s'en sortir, mais également pour éloigner tout soupçon par rapport à leur activité de rabatteuses. Ces femmes portent sur leurs corps des cicatrices de violences vécues à travers leur histoire avec la drogue ou la prostitution.

7.2.1 Vignette biographique, Lika, 32 ans

Lika, est une jeune femme de 32 ans, elle est née et a grandi à la Médina, un quartier où la circulation et la consommation de drogues sont connues. Elle découvre la cocaïne à 18 ans chez elle parce qu'il y avait un dealer dans son entourage familial. Dans sa famille, ils sont trois à entrer dans la consommation de drogues. Elle a fait de la prostitution clandestine avant de se marier.

Elle contracte un premier mariage. Son mari était consommateur d'alcool et il la battait quand il était ivre. Elle porte encore sur son corps les cicatrices de cette violence. « Il y a même un jour où il m'a coupée avec une lame, c'est cette cicatrice-là, donc c'est par la suite qu'on a divorcé avant qu'il ne se passe quelque chose de grave ». Peu de temps après son divorce, elle se remarie. En 2017, l'un de ses frères meurt à cause de l'usage d'héroïne.

Au moment de l'entretien, Lika est mariée et a 3 enfants. Elle est consommatrice de cocaïne /crack et de cannabis. Lika n'a pas de travail. Au début de son entrée dans l'usage, elle volait de l'argent à ses parents pour acheter sa consommation, aujourd'hui elle sert de relais entre les dealers et certains consommateurs de drogues qui ne veulent pas être vus dans le milieu, en allant acheter pour eux les produits chez les dealers. Le dealer lui donne une commission sur le montant de l'achat et le client lui offre une part du produit. De ce fait, elle arrive à avoir sa consommation et un peu d'argent pour subsister.

Entretien réalisé le 08/06/2018

7.2.2 Vignette biographique Diery, 32 ans

Diery est une jeune femme de 32 ans, elle est née et a grandi à la Médina. Elle fait son entrée dans la drogue par la consommation d'alcool et de cannabis, ensuite elle utilise la cocaïne par fume. Les drogues se vendaient dans leur maison de la Médina (Héroïne, Cocaïne, cannabis). Elle sert de relais entre les dealers et les consommateurs. Cela lui permet d'avoir de l'argent et le produit de son choix: « Notre moyen d'avoir de l'argent c'est que quand un consommateur veut acheter une dose de drogue, on lui règle la marchandise, non seulement le dealer nous donne de l'argent, mais aussi le consommateur nous offre une petite quantité de son produit. En fait il y a une dose de cinq mille et celle de dix mille, si on assure au dealer trois doses de cinq mille, il peut nous récompenser cinq cent francs sur chaque dose de cinq mille, et pour celles de dix mille il peut nous en donner mille francs sur chaque dose. Pour l'acheteur, au lieu de te donner une part de son produit, il peut aussi te donner de l'argent » nous explique-t-elle.

Son père est un Ex consommateur d'héroïne qui suit le traitement méthadone au CEPIAD. Pour cette raison ils sont mis à l'écart et exclus du groupe familial : « Ma Badieune (tante paternelle) m'a dit que si elle pouvait changer les choses, on ne serait pas de la même famille que vous. Vous êtes des vendeurs de drogues, vous n'avez pas de quoi manger ni de quoi boire. Parfois tu passes et tu entends qu'on t'appelle « thiaga bi » (prostituée). J'ai une cousine qui s'appelle D., c'est ma copine, mais on entend toute sorte d'insultes, ce sont des thiaga, elles fument. Moi je fume et je ne le nie pas, mais nous ne nous prostituons pas, jamais de la vie» nous dit-elle pour expliquer la stigmatisation dans son entourage familial.

Diery est mère de trois enfants. Son mari est vendeur de cannabis. Une fois Diéry s'est fait arrêter par la police pour possession de drogues. Le jour du jugement, elle bénéficie d'empathie de la part du juge parce qu'elle était en train d'allaiter, elle est libérée alors que ses camarades avec qui elle a été prise ont été condamnés à deux mois de prison. Elle est mariée à un dealer de cannabis, qui purge actuellement une peine de prison pour vente de drogues. Diery est une consommatrice active de cannabis et de Cocaïne /Crack. Elle a aussi expérimenté les roches et les pions.

7.2.3 Vignette biographique Ouleye, 51 ans

Elle est l'aînée d'une fratrie de 11 personnes. La drogue est entrée dans sa famille à travers un de ses frères. Et c'est à travers lui qu'elle a découvert les produits. La drogue était devenue pour eux une affaire familiale qui a créé des moments difficiles. Le Frère aîné était dépendant de l'héroïne et le frère cadet dépendant de l'alcool frelaté.

Ouleye a goûté pour la première fois à l'héroïne à l'âge de 25 ans auprès de son frère de manière occasionnelle. Elle commence à user fréquemment du produit quand elle a rencontré son premier mari avec qui il a eu 2 enfants et qui était consommateur d'héroïne. Elle prend l'héroïne pendant 4 ou 5 ans, ensuite elle privilégie la consommation de crack qu'elle utilise toujours parce que ça lui permet de lutter contre le stress. Elle arrête parfois de consommer parce qu'elle ressent un sentiment de culpabilité envers ses enfants. Elle nous dit : « Je me dis que je ne suis pas une maman exemplaire et si demain l'un d'entre eux fait ça qu'est-ce que je vais lui dire ». Ouleye a deux enfants, elle a vécu la naissance d'un enfant mort-né et a fait un avortement.

Au moment, où nous l'avons rencontré, elle avait diminué sa consommation parce qu'elle souffrait d'une hypertension artérielle.

Ouleye a travaillé comme professionnelle du sexe (PS) pour subvenir aux besoins de ses enfants. Elle a arrêté ce travail depuis qu'elle a rejoint une association de professionnelles de sexe. Son groupe contribue à la sensibilisation des pairs et sert de relais entre les PS et l'ONG Enda et la polyclinique.

Ouleye connaît le CEPIAD depuis son inauguration en 2014, mais elle ne souhaite pas y accéder parce qu'elle considère qu'elle ne propose que la méthadone, substitut pour l'héroïne comme traitement efficace. Elle estime que l'addiction à l'héroïne est bien prise en charge mais qu'il faut une prise en charge beaucoup plus concrète des autres addictions.

Ouleye a des attentes spécifiques, pour elle, il faut davantage prendre en charge les comorbidités (VIH et hépatites) mais il faut aussi intégrer le traitement des maladies non transmissibles (hypertension). En ce qui concerne la prise en charge communautaire, elle pense qu'il faut continuer à faire des repas communautaires et surtout proposer des activités d'esthétique qu'elles jugent intéressantes pour les femmes.

Entretien réalisé le 08/06/2018

7.3 Des femmes connues dans le milieu comme « anciennes junkies »

La majorité de ces femmes ont connu plusieurs tentatives de sevrage et sont actuellement sous méthadone au CEPIAD. Ces femmes ont consommé l'héroïne, la cocaïne/crack et le cannabis pendant plusieurs années. De plus, plusieurs d'entre elles pratiquent une poly-consommation des produits, la plupart ayant expérimenté une multiplicité de substances au cours de leur trajectoire. Certaines consomment à la fois du cannabis, de l'alcool, de la cocaïne, de l'héroïne.

Plusieurs d'entre elles ont pratiqué la prostitution à un moment de leur trajectoire pour pouvoir financer leur consommation de drogues. Le terme « junky », nom familial d'origine anglophone qui signifie « toxicomane » et plus particulièrement « héroïnomane » (Ndione 2017), est utilisé pour les hommes et pour les femmes.

Très peu de femmes rencontrées se sont injectées les drogues ; la cocaïne étant le plus souvent fumée, c'est l'héroïne qui est administrée par injection. Cependant, c'est dans ce groupe de femmes que l'on retrouve des personnes qui se sont injectées l'héroïne au moins une fois dans leur vie. Certaines déclarent être passées d'un mode de consommation à un autre dans le but de découvrir d'autres sensations, de comparer les différents effets pour ensuite pouvoir déterminer leur mode d'usage préféré. En outre, la plupart des femmes qui se sont injectées relient le choix de ce mode de consommation à une période où il y avait une pénurie de came à Dakar. L'héroïne circule à Dakar souvent sous forme de poudre mais il arrive que quand le produit est rare, il se présente sous forme de pâte ; dans ce cas, les usagers préfèrent se l'injecter pour ne rien perdre du produit. Le passage à l'injection est aussi déterminé par des conditions socioéconomiques défavorables (disponibilité et distribution des produits, manque d'argent). Les femmes qui ont eu une fois recours au mode d'administration par injection dans leur trajectoire se sont généralement fait aider par un homme. Depuis l'avènement des activités de Réduction de risques (RdR), le mode d'administration par injection (lorsque le matériel est partagé) est maintenant identifié comme une pratique à risque de transmission du VIH et du VHC par la plupart des personnes interrogées. D'ailleurs, plus de la moitié de ces femmes ont contracté une pathologie infectieuse (VIH, hépatites, TB) au cours de leur trajectoire.

La plupart de ces femmes ont vécu des formes d'addiction de couple caractérisée par une dépendance affective et économique. Elles sont peu autonomes surtout par rapport à la prise en charge de leurs enfants. Certaines de ces femmes établissent un lien entre la consommation de drogues et la mobilité. Quelques femmes ont commencé à utiliser les drogues injectables dans les pays étrangers notamment dans un pays européen comme l'Italie, l'Espagne ou la France, et en ont été expulsées à cause de leur addiction. D'autres déclarent avoir établi une fois revenues au Sénégal les liens avec des personnes basées en Europe qui les ont poussées à consommer. Lors de nos premières entrevues en 2017, ces femmes avaient un aspect physique dégradé qui s'est amélioré avec l'accès au programme de RDR au CEPIAD.

7.3.1 Vignette biographique Bintou, 59 ans

Bintou est née à Dakar en 1957. Elle a voyagé et séjourné dans certains pays d'Afrique et d'Europe. Elle a été enseignante pendant un certain temps quand elle vivait dans un pays voisin du Sénégal. Elle a vécu dans ce pays pendant 8 ans avec son premier mari. Elle a eu un enfant qui est décédé à l'âge 3 ans suite à une courte maladie. Elle a consommé de la drogue partout où elle a été. Elle nous dit que son premier mari était un médecin. Ils ont commencé à avoir des problèmes de couple lorsqu'il a découvert qu'elle consommait de la drogue. Après son divorce, elle revient s'installer au Sénégal. Quelques temps après, Bintou va perdre ses deux parents qui vivaient à Dakar. Trois années plus tard, Bintou s'est remariée. Son second mari est un Ex consommateur de drogues. Il la comprend mieux que le précédent, ne la juge pas et l'aide parfois à se procurer les produits. Quelques années plus tard, ce dernier décède suite à une crise d'AVC.

Sa trajectoire d'usage de drogue est longue et dense. Elle a commencé à consommer des drogues dans les années 1992 avant son premier mariage. Lorsque Bintou était en France, elle avait rencontré un ami sénégalais qui l'a soutenu financièrement. Puis elle est rentrée à Dakar par la suite, en ce moment elle n'avait pas encore touchée à l'héroïne et à la cocaïne. Quelques temps après, son ami a été expulsé de la France parce qu'il était un dealer. Une fois à Dakar, ce dernier s'est rapproché de Bintou. Son ami va l'initier à l'usage de drogues à son insu en mettant de l'héroïne sans qu'elle le sache dans les joints de cannabis qu'elle fumait. Une fois dépendante de l'héroïne, puis de la cocaïne, elle a essayé tous les modes de consommation (fume, injection, inhalation..).

Lorsque nous l'avons rencontré pour la première fois en 2017, elle nous a dit qu'elle fait partie des premières à accepté le traitement méthadone au CEPIAD. Elle est médiatrice dans l'équipe Outreach du CEPIAD depuis l'enquête UDSSEN. Elle fait partie des premières femmes UD impliquées dans l'équipe de terrain et elle participe activement aux activités du CEPIAD.

Avant l'ouverture du programme du CEPIAD, Bintou avait essayé plusieurs stratégies pour se sevrer, mais elle finissait toujours par re consommer de l'héroïne et de la cocaïne. Avant le démarrage de l'enquête UDSSEN, elle avait entrepris un voyage pour s'éloigner du milieu des usagers de drogues à Dakar et ainsi pouvoir arrêter l'usage : « Même au moment d'UDSSEN je consommait. J'ai arrêté juste quand la méthadone est venue. Bien avant même la méthadone j'ai arrêté. Parce que j'avais arrêté de fumer, et pour arrêter j'étais obligée d'aller à Touba. J'ai fait six mois dans un village parce qu'en fait j'en avais marre. J'ai essayé tout et ça ne marchait pas. Donc je me suis dit que si je m'éloigne de Dakar, je vais quelque part où il n'y a

pas de drogue. Mais pour beaucoup d'usagers, quitter Dakar c'était impossible parce qu'ils ne peuvent résister non loin de Dakar. Donc je me suis dit que je vais aller dans un village nommé Ndindi qui est à dix kilomètres de Touba, mais à l'intérieur des terres. Donc je suis allée là-bas, j'ai fait six mois là-bas sans consommer » nous dit-elle. Mais dès qu'elle revenait à Dakar, elle reprenait de l'héroïne.

Une année après son entrée au CEPIAD, Bintou dit avoir arrêté de consommer l'héroïne cependant elle utilise toujours la cocaïne/crack notamment quand elle a beaucoup de soucis. Bintou a plusieurs problèmes de santé : l'hépatite C, le diabète, l'hypertension et des problèmes dentaires. Elle apprécie les effets positifs du traitement méthadone mais souhaite une prise en charge plus globale des problèmes de santé des usagers de drogues.

Entretien réalisé le 31/03/2017

7.3.2 Vignette biographique Tabara, 53 ans

Tabara est née à Saint Louis, elle est la cadette d'une famille de 4 enfants. Elle abandonne l'école en classe de quatrième, en 1984, elle vient s'installer par la suite à Dakar pour apprendre la couture. Elle loge à la médina chez sa tante. Tabara nous dit qu'elle est née dans une grande famille : « Je suis née d'une famille intellectuelle et c'est pour ça que j'ai dû quitter là-bas quand j'ai commencé à fumer parce que je ne me sentais pas à l'aise du tout. »

Tabara est entrée dans l'usage de drogues dans les années 1985. Elle considère avoir tout perdu à cause des drogues « La drogue m'a pris ma beauté et mon argent (...) Ah j'étais belle dé et ma famille m'en veut beaucoup à cause de ça surtout. (...) En plus, il y a l'argent (moment de silence) je consomme le crack, le cannabis et de l'alcool...et la façon dont on t'humilie au niveau de la famille. Elle te délaisse complètement, personne ne t'aide, personne ne se soucie de toi, même les étrangers deviennent plus empathiques que tes proches. » Explique-t-elle pour parler de la stigmatisation vécue au niveau familial.

C'est ainsi qu'elle fait la connaissance d'un copain avec qui elle s'installe, ce dernier, pharmacien de profession est un consommateur d'héroïne et de cocaïne. Il l'initie à la consommation en lui faisant goûter aux deux produits : cocaïne et héroïne mais Tabara préfère la cocaïne et elle continue de la consommer, elle prend également de l'alcool (Whisky, Gin, bières). Toute cette consommation est financée par son ami. : « Donc lui il en consommait et un jour il était dans ses affaires et il m'a demandé si je voulais en goûter et c'est là que tout à commencer. J'ai très vite éliminé l'héroïne et j'ai choisi de continuer à consommer le crack. Lui, il avait trois femmes, avec le recul je me dis que j'étais juste son jouet, il m'a incité à

prendre de la drogue pour avoir de la compagnie, quelqu'un avec qui le faire quoi ». Après 10 ans de vie commune sans mariage, Tabara décide de quitter son copain.

Tabara a vécu un avortement quand elle vivait avec son copain pharmacien, elle ne l'impute pas à la consommation de drogues mais elle pense que cette fausse couche est liée au fait qu'elle allait danser en boîte de nuit sans savoir qu'elle était enceinte.

Après cela, elle retourne à Saint Louis et elle y reste pendant deux ans. Elle fait la rencontre d'un Tchadien avec qui elle a eu un enfant. Après deux ans passés à Saint Louis, elle revient à Dakar. Elle confie sa fille à sa mère parce qu'elle ne voulait pas être un mauvais exemple avec la vie qu'elle menait. Tabara déclare n'avoir pas travaillé comme professionnelle du sexe, elle s'arrangeait pour mettre la main sur un copain qui pouvait subvenir à ses besoins.

Tabara utilise la clinique mobile d'Enda pour les consultations gynécologiques, elle est également incluse dans le projet Codisen qui lui a permis d'avoir accès au dépistage du VIH et des hépatites. Ses résultats sont négatifs. Son problème de santé principal est l'hypertension artérielle. Ses attentes principales par rapport au CEPIAD est la réinsertion socioprofessionnelle et le renforcement de l'offre en santé de la reproduction (visites gynécologiques).

Entretien réalisé le 25/01/2019

7.3.3 Vignette biographique Coura, 34 ans

Coura est une jeune femme de 34 ans. Elle a beaucoup voyagé à travers le monde et c'est à travers ces déplacements qu'elle a découvert la drogue.

Coura a perdu très tôt ses parents. Elle est confiée à sa tante, la vie avec la famille de cette dernière n'est pas agréable. Elle est victime de maltraitance (c'est elle qui effectue toutes les corvées de la maison). Ses études ne se passent pas bien et elle fugue pour aller s'installer en Mauritanie. Là, elle prend goût à aller en boîte tous les soirs et commence à consommer le cannabis et l'alcool.

A partir de la Mauritanie, elle cherche un visa pour aller en Italie. Là, elle découvre la cocaïne et apprécie la découverte de nouvelles sensations. De l'Italie, elle part en Espagne, et c'est là qu'elle fait la rencontre d'un compatriote « un sénégalais ». Elle dit de ce dernier que c'est « véritablement lui qui m'a appris les choses ». C'est avec lui que j'ai pour la première fois consommait avec la pipe, le crack après il m'a fait découvrir l'héroïne et j'ai commencé à changer, j'étais dans une autre vie. Je cherchais tout le temps de l'argent pour le mettre dans

la drogue ». A partir de là, sa vie commence à changer, elle est mêlée à des histoires de bagarres et elle finit par être expulsé par la suite.

Coura a eu un copain espagnol UD, ce qui a renforcé sa consommation de drogues. Elle se sépare avec ce dernier et rencontre un autre espagnol avec qui elle se marie et ils ont eu deux enfants. Ce mariage lui permet de diminuer sa consommation et de s'inscrire dans une trajectoire de recherche de soins. Elle s'inscrit à la méthadone dans un centre de prise en charge pendant 1 an 6 mois où elle commence par une dose de 120 mg réduit jusqu'à 60 mg. Peu de temps après elle est expulsée d'Espagne en 2014 pour bagarre, elle rentre au Sénégal avec une grossesse de 6 mois et sans soutien. Elle opte pour la prostitution dans les bars pour pouvoir subvenir à ses besoins. Le père de son enfant lui envoie 50.000 tous les mois ce qui lui permet de payer la location de sa chambre.

Lorsque nous l'avons vu, Coura n'avait pas d'informations précises sur le CEPIAD. Elle n'était pas au courant de l'arrivée de la méthadone à Dakar. Après notre entretien, Elle a émis le souhait d'être prise en charge au CEPIAD.

Coura exprime des besoins à l'accès aux analyses biologiques (VIH et hépatites), à des tests de cancer du poumon et du col de l'utérus. Elles pensent également que les femmes usagères de drogues devraient être soutenues à l'accès au logement et à élaborer des activités génératrices de revenus(AGR).

Entretien réalisé le 12/02/2019

7.3.4 Des femmes isolées dépendantes aux médicaments

Ces femmes sont consommatrices de médicaments psychotropes communément appelés pions ou roches, en association aux drogues injectables (plus ou moins héroïne et cocaïne/crack), ou consommatrices d'antalgiques (tramadol). Elles sont très peu nombreuses dans le milieu des UD et au CEPIAD. Les pions désignent des médicaments détournés de leur usage thérapeutique, qui agissent comme des hypnotiques et des tranquillisants. Certaines femmes ont déclaré les avoir consommés pour mieux dormir, retrouver l'appétit ou assurer la « descente » après une prise de cocaïne/crack ou en consommation de substitution aux drogues injectables. Les roches sont de la famille des benzodiazépines (tranquillisant) vendus par un laboratoire nommé roche (Werner 1992). Les femmes qui en consomment se les procurent le plus souvent sur le marché informel dans des sites du marché Tilène et Colobane. La consommation du tramadol intervient dans un contexte de douleur et fait suite à une prescription médicale.

Quelques femmes sous méthadone ont abusé du tramadol qui leur a été prescrit en antalgique pour soulager la forte douleur due à des maladies (drépanocytose, scoliose). Ces femmes sont hors catégories sociales marginalisées, elles vivent une souffrance psychologique liée au fait qu'en voulant traiter une pathologie, elles sont tombées dans une autre maladie qu'est l'addiction. Les trajectoires des femmes qui sont entrées dans l'addiction par une maladie sont moins marquées par des activités de délinquance et de prostitution. D'ailleurs elles se décrivent à ce propos comme « des consommatrices pas comme les autres » pour s'écarter de l'image du drogué délinquant ou prostitué : « Moi je ne connais pas les femmes qui utilisent de la drogue. C'est ici que j'ai vu pour la première fois une femme qui consomme de la drogue dure. Je ne pensais même pas que ça existe, je croyais que ça n'existe que dans les films » Penda, 24 ans. Bien qu'elles aient recours au CEPIAD, elles craignent d'être associées à cette figure. Elles vivent pour la plupart en famille et sont soutenues dans la prise en charge de leur addiction.

7.3.5 Vignette biographique Penda, 24 ans

Penda est née à Dakar en 1993. Elle habite aux parcelles Assainies. Au moment où nous l'avons rencontrée, elle avait les mains abîmées à cause des injections de tramadol.

Lors de notre première entrevue en 2017, Penda est célibataire. Ses parents étant divorcés, elle vit avec son père, ses jeunes frères et sœurs, elle est l'aînée de la famille. A cause de sa maladie, la drépanocytose, elle a eu des difficultés au plan scolaire. Elle finit par abandonner l'école, après avoir échoué à deux reprises à l'examen du Brevet de fin d'étude Moyen (BFEM).

Sa drépanocytose a été diagnostiquée en 2004 au CNTS (centre national de transfusion sanguine). Par la suite, elle est mise sous tramadol en 2012 pour soulager ses crises de douleurs « insupportables ». L'apaisement que lui procurait le médicament l'a poussé à abuser de la prescription. Elle se procurait le tramadol en pharmacie, qu'elle s'injectait ensuite : « l'ordonnance qu'on m'avait donnée à l'hôpital, je l'avais toujours gardée dans mon sac. (...) mais à un moment ces pharmaciens ne me demandaient plus une ordonnance parce qu'ils me reconnaissaient, je venais acheter et après je repartais. ».

Finalement, Penda a développé une addiction au tramadol mais aussi à l'injection. En début 2016, son papa la fait interner à la clinique psychiatrique de Fann parce qu'elle commençait à délirer parfois. Elle nous raconte qu'elle y a fait un séjour de 20 jours pour pouvoir arrêter de s'injecter le tramadol. A sa sortie, deux mois après, elle fait une rechute et recommence à s'injecter le tramadol pour faire face à ses douleurs. Cette pratique a provoqué une infection,

elle a été hospitalisée aux services des maladies infectieuses pour traiter une septicémie. En décembre 2016, le traitement méthadone lui a été proposé en dernier recours.

A notre seconde entrevue en 2018, Penda apprécie positivement la prise en charge au CEPIAD. Elle s'est mariée et projette de travailler dans la restauration.

Entretien réalisé le 20/05/17 et 22/11/18

7.3.6 Vignette biographique Yacine

Yacine est née le 2/10/1991 à Dakar Elle est la 6eme d'une fratrie de 7 enfants, issue d'un mariage polygame (3 épouses) dont sa mère est la 1ere épouse. Ils vivaient tous sous le même toit avec appartements séparés.

Nous l'avons rencontré pour la première fois à la fin de l'année 2019. Nous avons eu un entretien informel pour une prise de contact. Nous devions avoir un entretien plus approfondi mais entretemps nous avons appris son décès en début 2020. Les éléments de cette vignette biographique ont été recueillis auprès de son addictologie traitant au CEPIAD.

Elle a démarré ses études à l'âge de 7 ans (1998). Elle a obtenu son CFEE à l'âge de 13 ans (2004) et son BFEM en 2008. En 2011 (20 ans), son cycle secondaire fut sanctionné par l'obtention du BAC L2 avec mention Bien. Elle fut une élève brillante, elle était toujours 1ere de sa classe. En 2015 (24 ans), elle obtient son Master en Gestion des ressources humaines dans une école de la place aux Almadies. Après son master, elle a fait un stage Entreprise pendant 1 an, ensuite elle enchaîne avec un poste de responsable de la division des ressources humaines dans l'entreprise familiale.

Sur le plan relationnel, elle est amoureuse de l'ami de son frère qui est l'auteur de sa grossesse (avortement spontané 03 mois) à l'insu de ses parents.

Elle était gênée par son handicap de scoliose, qui motivait son arrêt du travail pour se faire opérer en 2015 à l'âge de 24 ans. C'est dans ce contexte qu'elle a abusé du tramadol qui lui a été prescrite pour gérer les douleurs et qu'elle a été mise sous tramadol au CEPIAD.

Entretien réalisé 03/07/2017, biographie complétée auprès de son addictologue

7.3.7 Vignette biographique Nini, 29 ans

Nini a 29 ans, elle est divorcée et elle a 2 enfants. Elle n'a pas fait d'études. Elle est (Ex) consommatrice d'héroïne. Elle est entrée dans la consommation de drogue sous l'influence

d'un dealer qui voulait être son petit ami, pour l'attirer ce dernier l'a initié à son insu en mettant de l'héroïne dans ses cigarettes sans qu'elle ne s'en rende compte.

Nini n'avait jamais essayé de se sevrer avant l'ouverture du programme de réduction des risques à Dakar. Quand nous l'avons rencontré pour la première fois, elle était sous méthadone depuis 11 mois. Elle se plaint des effets secondaires de la méthadone qui selon elle lui cause une perte de poids et un manque d'appétit « Je ne mange plus. Je peux rester sans prendre mon petit déjeuner ni mon déjeuner, c'est seulement au moment du dîner que je mange parfois. » Nous dit-elle.

Nini apprécie la prise en charge au CEPIAD mais souhaite être accompagnée vers une réinsertion professionnelle. Elle reconnaît les bienfaits de la TSO qui lui ont permis de sortir de l'addiction à l'héroïne mais se posent des questions sur la durée de la mise sous TSO : « Parfois je refuse de venir. Vous savez, pour la came (la drogue), le matin très tôt, je partais la chercher, mais avec la méthadone je peux gérer jusqu'à la nuit, mais avant le lendemain matin c'est là que le problème commence, je ne dors pas jusqu'à l'aube, je sens des douleurs sur tout mon corps. Donc quand est-ce qu'on pourra se débarrasser de ça ? Mais je pense que puisque'on nous donne cette méthadone, peut-être qu'un jour on nous donnera un autre comprimé qui va finaliser l'arrêt de la consommation de drogue. » Se demande-t-elle.

En 2018, Elle déclare avoir arrêté de consommer l'héroïne. Elle consomme maintenant des médicaments psychotropes (roches) après sa prise de méthadone pour ressentir le « tips » (la sensation de plaisir que lui procurait la consommation d'héroïne). Selon elle, ces médicaments psychotropes l'aident aussi à dormir et à gérer le stress.

Entretien réalisé le 03/04/2017 et le 25/09/201

Ces catégories décrites sont émiqes. Elles se distinguent par leurs situations sociales et familiales, par le produit consommé, la trajectoire et l'expérience de consommation, mais aussi par l'appartenance à un milieu d'interconnaissance. Elles témoignent de la diversité des trajectoires des femmes. Toutes les femmes ne sont pas dépendantes des produits consommés. Certaines sont autonomes, gèrent et maîtrisent leur consommation. Quelques-unes des femmes rencontrées ne vivent pas dans des situations de précarités sociales. Par ailleurs la majorité d'entre elles cumulent parfois plusieurs identités et vulnérabilités (UD, TS, mère, PVVIH) qui les exposent à une « double stigmatisation » (dans la société et dans le milieu des UD) et à un refus des soins en raison des attentes concernant les normes et les identités de genre. Il n'est pas surprenant que la plupart des femmes UD partagent ce statut identitaire de « femmes

vulnérables ». La prohibition de l'usage de drogues et le patriarcat influence la manière dont les femmes se perçoivent et se racontent. L'interdiction de l'usage a provoqué un rejet social des UD et des sanctions pour contrôler socialement cette population. Parallèlement, le patriarcat est une structure de pouvoir qui permet de dominer et d'influencer l'opinion des femmes en raison de différences biologiques, physiologiques et psychologiques, ainsi que des différences sociales et culturelles. Les femmes qui consomment des drogues sont profondément façonnées par ces systèmes de pouvoir et de pensée.

Conclusion

Notre étude montre 4 profils de femmes, aux caractéristiques et milieux en partie similaires, en partie différents, qu'il faut connaître pour mieux cibler les interventions sanitaires. Le profil 1 « les femmes du monde de la nuit et du divertissement », correspond à la catégorie de femmes souvent décrites dans les médias. Ces femmes consomment des drogues pendant des fêtes privées et s'exposent à des risques d'overdoses. En ce qui concerne les Profils 2 et 3 (des jeunes femmes des quartiers populaires et associations de TS, des femmes « anciennes junkies »), la plupart des consommatrices de cocaïne/crack n'ont pas recours au CEPIAD ou à l'UPAM. Ce qui explique en partie le faible nombre de patientes. Dans ces deux catégories, les parcours de certaines femmes témoignent d'une expérience intersectionnelle: Elles peuvent être à la fois UD-TS-PVVIH. Si l'on ne tient pas compte des intersections entre ces facteurs, les obstacles aux services de santé subsisteront et la discrimination et l'exclusion se poursuivront. En revanche les femmes du Profil 4 (Des femmes isolées dépendantes de médicaments) ne partagent pas les caractéristiques de marginalité sociale de la majorité des femmes, la stigmatisation est le principal obstacle à leur recours aux soins.

La recherche et notamment les enquêtes épidémiologiques ont contribué à la construction des catégories qui permettent de définir et de penser le problème des drogues et des addictions (Faugeron et Kokoreff 1999). Les catégories découlent de représentations et de perceptions qui émanent de la production des savoirs empiriques ou du sens commun. En France, ce sont les catégories définies à partir de la recherche en santé publique qui sont les plus utilisées à propos des femmes UD (Faugeron et Kokoreff 1999). Avec l'épidémie du VIH, deux figures de femmes UD (la mère et la prostituée) sont au centre de la réflexion sur le genre et la consommation de drogues. Ces deux catégories constituent des cibles prioritaires en matière d'aide et de prévention (Coppel 2004). Ce processus de construction sociale des drogues est également observé au Sénégal. Bien que les études demeurent encore parcellaires, la figure de

la femme UD/TS est celle qui émerge le plus souvent dans les travaux de recherches épidémiologiques et ethnographiques disponibles. La figure de la mère usagère de drogues est très peu interrogée. Notre étude montre que l'intersectionnalité des femmes UD expose à de multiples discriminations imbriquées au niveau culturel et structurel (double stigmatisation en tant que PS et UD, difficultés d'accès aux soins, vulnérabilités biopsychosociales). Pour adapter les approches « au féminin », il est nécessaire de tenir compte de la diversité des profils et des besoins des femmes (cf.chapitre 14) et de dépasser le stéréotype des Femmes usagères de drogues mères ou TS.

Chapitre 8 : Les pratiques « au féminin » des drogues : produits, usages, contextes

Introduction

Décrire les pratiques des drogues et les significations de ces conduites du point de vue des personnes qui les consomment met en lumière la complexité et la diversité des usages. Selon Jauffret-Roustide, l'ethnographie des conduites addictives permet de comprendre le sens des usages et comment ces conduites naissent dans un moment socioculturel donné (Jauffret-Roustide 2009). En anthropologie, le problème des drogues est décrit comme une question de lien. Les individus qui s'inscrivent dans une trajectoire de consommation de drogues baignent dans un monde social symbolique qui véhicule un ensemble de significations. Le consommateur donne lui-même des significations aux pratiques auxquelles il s'adonne. Il convient donc de porter le regard sur ce qui se passe autour des produits (Pollien 2008). Les publications sociologiques et anthropologiques montrent que les produits consommés sont variés et prennent sens dans différents domaines de la vie sociale (Pollien 2008; Jauffret-Roustide 2009; H. Becker 1963).

La sociologie de la déviance à travers l'Ecole de Chicago a privilégié l'ethnographie des aspects sociaux et des modes de vie des usagers de drogues et des toxicomanes. Cette perspective suggère de reconnaître l'usage de drogues comme mode de vie et activité sociale « ordinaire ». Par ailleurs, dans la continuité de la réflexion autour de la sociologie des drogues, certains auteurs insistent sur le contexte social de l'usage de drogue. Pour eux, la consommation de drogues est davantage corrélée à l'insertion sociale de l'individu (satisfaction de fortes attentes sociales ou gestion des difficultés de la vie) qu'à une expérience intime avec un produit et un mode de vie déviant (Van Caloen 2005; Guichard, Lert, et Dru 2002). Comme nous l'avons souligné dans notre approche conceptuelle, le moment socioculturel décrit dans les travaux d'Olievenstein est un élément non négligeable pour appréhender la diversité des pratiques sociales dans lesquelles s'inscrivent les consommations des femmes.

Dans ce chapitre, nous nous proposons de décrire la nature des substances consommées par les femmes, les modes de consommation, les relations sociales qu'elles entretiennent autour des produits, les enjeux qui sous-tendent le choix de la prise des drogues chez les femmes usagères de drogues (UD) et les facteurs contextuels qui favorisent l'usage des produits. En tant qu'ethnologue, le premier exercice que nous avons réalisé sur le terrain est d'appréhender ces

aspects de manière descriptive, puis de manière émique, en abordant en premier lieu les produits consommés.

8.1 Les produits

Différents types de drogues sont consommés par les femmes UD à Dakar et à Mbour. Nous allons tenter de décrire et de rendre intelligible le sens des concepts émiques qu'utilisent les hommes et les femmes pour parler des produits. La façon de nommer les drogues et les usages permet d'analyser de manière globale les pratiques des drogues chez les femmes interrogées et de comprendre comment ces substances sont construites dans l'action.

Les produits que nous listons ci-dessous entrent dans ce que les usagères définissent comme des drogues : *Sineebar* en wolof

Les drogues injectables (héroïne et cocaïne) sont appelées *Came* dans le milieu des CDI. *Came* est un diminutif de camelote. La *merde* désigne la drogue qui n'est pas de bonne qualité. Dans d'autres contextes, toute drogue dure quelle que soit la qualité est appelée « merde » par les usagers.

L'héroïne est appelée *Brown* ou *bu xonq* dans le jargon du milieu par les femmes autant que les hommes UD. *Brown* est un mot anglais qui fait référence à la couleur marron du produit. Cette appellation n'est pas spécifique au milieu des usagers de drogues au Sénégal, elle est considérée par les personnes interrogées comme un terme « international » issu des interactions avec des dealers et des consommateurs venus d'ailleurs. Par ailleurs, l'héroïne est aussi appelée en Wolof *bu xonq* qui signifie étymologiquement *le rouge* ; cette désignation ne fait pas référence à la couleur du produit mais permet de faire une différence par rapport à la cocaïne en poudre qui est blanche. La photo ci-dessous montre un « quart de gramme d'héroïne » emballé dans un sachet en plastique, vendu en Mars 2020 dans le milieu à 2500 FCFA.

Illustration 1 : un quart d'héroïne emballée dans un sachet plastique et brûlée au bout pour ne rien perdre du produit



Illustration 2 : le quart d'héroïne versé sur une feuille de papier



La cocaïne ou crack : Elle est nommée *coke* en diminutif de cocaïne, ce qui est une appellation non spécifique au Sénégal, ou en Wolof *bu weex* quand elle se présente en poudre blanche cristallisée (cocaïne) et *Xeer* quand c'est la forme basée, fumable (crack). *bu weex* (la blanche) fait référence à la couleur du produit. On retrouve différents termes pour désigner le crack dans le milieu. Le terme *Xeer* est le plus utilisé à Dakar, on retrouve fréquemment l'appellation *kaba* à Mbour, d'autres mots moins populaires sont également utilisés pour désigner le crack : *doj*, *rex* (il s'agit de dire *xeer* en verlan). Tous ces termes renvoient à la forme du crack qui ressemble à un caillou. C'est une traduction du mot *caillou* en wolof.

Illustration 3 : du crack emballé dans du papier aluminium (photo prise sur le terrain 2019)



Le tramadol est appelé *tramol* par prononciation erronée, c'est un médicament antalgique généralement prescrit comme anti douleur ou vendu sur le marché informel (à Tilène, Colobane) qui aboutit à une addiction en cas de consommation abusive. Il peut se présenter en liquide qu'on peut injecter ou en comprimés.

Le cannabis, nommé *Yàmbaa*, *boon*, ou en wolof *ñax* (*l'herbe*) renvoie à sa caractéristique naturelle. On peut également l'appeler *Brown* ou *verte* selon la qualité et la couleur du *Yàmbaa*. On retrouve également d'autres termes qui désignent le cannabis comme la *Weed* ou la *beuh* qui proviennent selon les usagers du verlan et de l'argot français. Ces termes sont généralement utilisés par des UD ayant vécu en Europe.

Illustration 4 : Un cornet de Yàmbaa (photo prise sur le terrain en Novembre 2018)



Pions et roches : ce sont des benzodiazépines sous forme de comprimés.

L'alcool est appelé communément *sàngara* en wolof mais il existe des noms de code pour le désigner dans le milieu : *butéel* (la bouteille), *yu tàng* (chaud), *bu sedd* (fraiche) sont autant de termes utilisés pour nommer les boissons alcoolisées. Ces appellations se rapportent à la forme et à la nature de la substance.

La plupart des termes utilisés par les UD qui ne sont pas en wolof, généralement en anglais ou en argot français, sont selon les UD des mots issus d'un jargon « international » que l'on peut retrouver un peu partout dans le monde. Certains de ces termes sont mentionnés dans la thèse de Ndione en 2017 au Sénégal. Selon certaines femmes, les termes comme *Brown*, *coke*, *weed* proviendraient des premiers dealers à Dakar qui étaient surtout des Nigériens comme l'indique Ndione (2017) :

« La description des termes et expressions employés dans le milieu des consommateurs de drogues (...) montre aussi une présence de mots et expressions issus de l'anglais qui trouve ses origines dans l'influence des premiers trafiquants Nigériens, puis Ghanéens sur la consommation à Dakar. » (Ndione (2017) ; 131)

Par ailleurs, Il existe d'autres noms qui sont des codes entre dealers et consommateurs pour échapper à la répression que nous nous réservons de mentionner ici pour conserver le secret. A mesure que les produits circulent, les termes pour les nommer traversent les frontières. Une culture commune de la consommation est décrite et revendiquée par certaines personnes rencontrées, une intuition et des comportements qui sont typiques aux usagers. Certaines

estiment d'ailleurs être capables de reconnaître le *champ du deal*, dans n'importe quel lieu où elles se trouvent. Les savoirs et les savoir-faire circulent dans les milieux des usagers de drogues. Ces savoirs donnent des éclaircissements sur les logiques qui sous-tendent l'utilisation des produits, informent sur les pratiques et constituent des cultures de consommation. Parmi les produits que nous avons décrits la cocaïne/crack est la drogue la plus consommée chez les femmes que nous avons rencontrées, toutes catégories confondues (les jeunes femmes du monde de la nuit et du divertissement, Des femmes rencontrées dans les quartiers populaires et associations de TS, Des femmes connues dans le milieu comme « anciennes junkies », Des femmes isolées dépendantes aux médicaments). Après avoir décrit les modes d'usages, nous aborderons plus loin les raisons pour lesquelles les femmes préfèrent ce produit. Par ailleurs, les pratiques peuvent revêtir des sens différents selon les contextes.

8.2 Les modes d'usages consommation

Sous ce terme, sont compris les techniques de consommation et les associations de produits.

8.2.1 Les techniques

Les techniques de consommation des produits sont relatives à chacun d'entre eux. Alors que le tramadol, les pions et l'alcool sont ingérés, le cannabis est fumé. Les modes de consommation de l'héroïne et de la cocaïne, produits fumés, inhalés ou injectés, méritent une explication détaillée, car ils sont en partie différents des modes de consommation décrits par exemple en Europe.

Nous avons relevé différents termes se rapportant aux modes d'usages :

Plata, freebase : nous ne connaissons pas l'origine exacte de ces deux mots. Cependant ils renvoient à un mode de consommation plus connu sous le nom de « chasser le dragon ». C'est une façon d'inhaler l'héroïne (brown) étalée sur un papier d'aluminium que l'on chauffe en dessous à l'aide d'un briquet.

Speedball : c'est un mode de consommation qui consiste à mélanger l'héroïne et la cocaïne à fumer en utilisant une pipe.

jamu, dóor : ce sont des termes wolof ; le premier signifie *se piquer* et le second veut dire *frapper*. Ils désignent la consommation de drogue par injection.

Fóon (sniffer) : terme wolof qui signifie de manière générale embrasser qui se rapporte au mode de consommation par sniff. Il s'agit de faire une ligne avec la cocaïne qu'on aspire à l'aide d'une paille.

Tux : terme wolof se rapportant au fait de *fumer*. L'héroïne est parfois fumée. Généralement les consommateurs mélangent le *Yàmbaa* (cannabis) et le *Brown* (héroïne) pour faire un joint. Ce mélange est appelé *cocktail* dans le langage des consommateurs. Le crack est fumé en utilisant une pipe qui se nomme. C'est des termes **tama** ou **bëñ-bëñ** wolof se rapportant au bâton avec lequel on tape le tam- tam, eu égard à la forme de la pipe.

Illustration 5 : différents types de tama (pipes) retrouvés sur le terrain (photo prise en Février 2020)



Illustration 6 : Une femme mettant du crack sur sa pipe pour la fumer



La plupart des femmes consommatrices d'héroïne utilisent le *plata* comme mode d'usage de l'héroïne et le *tama* pour consommer le crack. Une consommatrice apporte quelques précisions sur les modes de consommation:

E : Est-ce que tu peux revenir un peu sur tes modes de consommation. Tu as seulement consommé en fumant?

R : J'ai essayé toutes les formes de consommation, la plupart du temps c'était par curiosité. D'abord je fumais, comme la cigarette quoi. En deuxième, j'ai fait ce qu'on appelle le plata. Le plata c'est quand tu prends une feuille de Chewing gum Hollywood, tu le brûles pour enlever la feuille, il ne va rester que le papier alu, ou bien si tu as les papiers aluminium, tu prends un petit papier aluminium, tu verses la drogue dessus, c'est l'héroïne, tu prends un briquet, tu le mets comme ça sous la feuille, le produit coule et tu le suis, et là tu as une paille ici, quand tu mets la flamme dessous, tu tires sur la paille comme ça.

E : Tu mets ça dans le nez ?

R : Non, dans ta bouche. Tu as la paille dans ta bouche et tu fais comme ça. Si tu fais comme ça, tu mets le briquet en bas, et il y a de la fumée qui sort en haut parce que le produit brûle quoi, et quand ça brûle ça coule, donc quand ça coule tu suis et tu as la paille, il y a la fumée qui sort et tu l'aspirez. Là tu prends la drogue pure, parce que les déchets restent sur l'aluminium. Donc la fumée est de la drogue pure parce que les déchets restent sur le papier aluminium. Donc il y en a qui appellent ça « Freebase », il y en a qui appellent ça « Plata » pour ceux qui s'y connaissent. Il y a aussi « sniffer », là tu connais. Là tu mets la drogue, tu as un petit couteau, tu le casses comme ça et tu en fais une ligne, là tu prends la paille et tu fais comme ça, et tu le prends avec la paille, donc le produit passe par la paille pour entrer dans tes narines. C'est ce qu'on appelle « sniffer ». Ce qu'il y a de dangereux dans ce « sniffer » c'est que là tu prends même les déchets, et quand tu prends les déchets, le problème c'est que tu as des risques de maladies. (Mais) non seulement tu prends la drogue mais tu prends aussi les déchets, et de ce fait quand tu es en état de manque, c'est plus dur, ça fait plus mal encore quoi. Ceux qui sniffent ont par rapport à ceux qui fument, qui font le « Freebase » un état de manque plus dur. Maintenant il y a l'injection. J'ai essayé tout, je me suis injectée, mais quand je m'injectais, là vraiment c'était par curiosité. Moi, ma façon de prendre l'héroïne c'est de sniffer. J'ai sniffé pendant des années, c'était ça mon truc, tous les autres trucs je voulais simplement savoir l'effet que ça faisait quoi. En dernier lieu je me suis piquée. Mais je me piquais, la première fois, ce n'était pas par curiosité, c'est parce qu'il n'y avait pas d'héroïne, c'était en manque, c'était la galère quoi.

E : C'était en quelle année ?

R : Ce n'était pas très longtemps hein, il y a juste deux ans ou trois ans hein (Bintou, 59 ans).

Une autre femme précise encore la signification de plata :

Les Anglais l'appellent « Chiking Foyel », c'est le papier aluminium qu'on utilise pour les hamburgers et autres. Vous savez, dans un sachet de chewingum Hollywood, il y a un papier aluminium qui est à l'intérieur, alors on le brûle jusqu'à ce que ça devienne lisse, ensuite on prend le papier vert du sachet de chewingum Hollywood et on le plie pour avoir la forme d'une pipe, ensuite on met le crack sur le papier aluminium et on brûle en-dessous, donc il y a de la fumée qui se dégage et c'est ça qu'on inspire. (Nini, 29 ans)

Le *plata* ou « chasser le dragon » est l'un des modes de consommation d'héroïne les plus ancienne au monde. Cette pratique est née en Asie. La première consommation d'héroïne est née à Shanghai dans les années 1920 avec l'utilisation de bols en porcelaine et de tubes en bambou. Cette pratique s'est répandue ensuite dans une partie de l'Asie de l'Est et aux États-Unis et dans le reste du monde vers les années 1960. « Chasser le dragon » était considéré comme une forme raffinée de consommer à Hong-Kong (Strang, Griffiths, et Gossop 1997).

Illustration 6 : Une femme qui consomme par « plata » (chasser le dragon) (photo prise en février 2020)



8.2.2 Des pratiques d'associations de produits

Les produits recensés plus haut peuvent être consommés ensemble ou à la suite les uns des autres.

Les récits de vie montrent que certaines femmes ont commencé par l'usage du cannabis, de l'alcool ou du tabac et puis se sont engagées dans une « escalade » vers d'autres drogues dans une logique de recherche de sensations plus fortes ou de produits plus élaborés qui n'ont pas d'odeur (donc qui sont moins révélateurs d'un usage de tiers).

D'autres femmes ont consommé directement une drogue dure :

« E : Tu as commencé par prendre quoi ?

R : De l'herbe

E : Comment ça s'est passé ?

R : Mauvaise fréquentation seulement, avec les amies j'ai goûté à ça comme ça et après c'est devenu une routine(...) Après, l'héroïne et la cocaïne (...) et après j'ai commencé à prendre goût jusqu'au moment où je me suis accrochée (..) avec les amis...Goûte, ça c'est meilleur, c'est plus discret, c'est les VIP qui prennent ça, et voilà c'est comme ça que ça a commencé » (Sokhna, 50 ans)

E : D'accord ! Quel produit as-tu consommé en premier?

R : Le chanvre indien et l'alcool.

E : En ce moment qu'est-ce qui t'avait poussée à le faire ?

R : Pour l'héroïne...c'est que je prenais toujours le chanvre indien et je me limitais à ça alors que les autres consommaient en même temps l'héroïne. Mais un jour, par simple curiosité, j'ai décidé de goûter ça puisque je ne fais que la regarder tous les jours. Donc on m'a donné une petite quantité sur un papier, je l'ai sniffé. Quelques moments plus tard, j'ai senti une sorte de pression très cool. Donc c'est à partir de ce moment que j'ai commencé à utiliser cette drogue (Dibor, 52 ans)

Plusieurs femmes interrogées dans notre enquête font état de leur consommation simultanée de plusieurs produits (« poly-consommation » en termes médicaux). La plupart des femmes ont expérimenté une multiplicité de substances au cours de leur trajectoire. Certaines consomment à la fois du cannabis, de l'alcool, de la cocaïne, de l'héroïne. D'autres associent la consommation de crack et d'alcool.

Quelques femmes ont déclaré avoir consommé de l'héroïne en même temps que la méthadone au début du traitement de substitution, parce que, selon elles, les doses prescrites n'étaient pas suffisantes pour gérer l'état de manque⁷⁴.

Les femmes sous méthadone, même quand elles ont arrêté l'héroïne, continuent pour la plupart à consommer d'autres produits (cannabis, cocaïne/crack, alcool). C'est ce que rapporte Dior, 35 ans:

« Lorsque j'ai commencé à prendre la méthadone, je me cachais parfois pour fumer un peu de l'héroïne, mais après je l'ai dévoilé à A (la préparatrice en

⁷⁴ Ces questions ont été discutées avec les addictologues en charge de leur suivi qui ont réajusté les doses prescrites jusqu'à ce que les patientes se sentent suffisamment stables pour ne plus consommer à nouveau de l'héroïne.

pharmacie) et elle m'a recommandé de le dire au docteur. Ce dernier m'a demandé si j'étais en manque ou bien, j'ai dit oui, c'est après qu'il a augmenté ma dose de méthadone. Mais par la suite aussi je continuais ça, et finalement je me suis dit que si je continue comme ça, je risque d'allier la méthadone et l'héroïne et cela va bouleverser mon traitement, ainsi je me suis encore confiée au docteur qui m'a encore augmenté la dose. C'est à partir de ce moment que j'ai complètement arrêté l'héroïne.

E : Et pour ce qui est de la cocaïne, pourquoi aviez-vous continué à l'utiliser ?

R : C'était par plaisir (...) » Dior, 35 ans

Certaines femmes associent des produits, pour contrer les effets d'une autre (par exemple, prendre de l'héroïne pour aider à « descendre » la cocaïne), ou pour augmenter ou remplacer les effets de l'un des produits (recherche de sensations plus fortes).

8.2.3 La diversité des effets

Les femmes rapportent différents types de sensations, selon qu'elles consomment l'héroïne ou la cocaïne/crack. La cocaïne/crack est la drogue la plus consommée par les femmes. Cette préférence est justifiée par l'effet de la cocaïne/crack qui procure beaucoup de plaisir et permet d'être cool, et le fait que le manque de crack n'a pas pour conséquence des manifestations sur le plan physique (diarrhée, vomissements). Ainsi, comprendre les choix des femmes implique de s'intéresser aux sensations provoquées par la prise mais aussi aux effets perçus du manque.

Dans le langage des consommateurs, une diversité de termes fait référence au plaisir et au ressenti suite à la prise de drogue et à l'état où on se trouve quand on ne peut pas effectuer sa prise habituelle de drogue.

Tipsé, Tips : mot anglais, c'est une sensation d'euphorie interne après la prise de **brown**, variable selon les individus. L'intensité du **tips** dépend également du mode de consommation, de la quantité et de la qualité de drogue utilisée. Il peut durer plusieurs minutes ou quelques heures.

Flash : mot anglais, sensation agréable qui dure quelques secondes avec la consommation de cocaïne/crack. Il est ainsi nommé à cause de la rapidité du ressenti.

Yéeg : terme wolof signifie *monter*. Cette expression désigne la montée du produit consommé. Elle peut durer quelques minutes mais les effets peuvent se prolonger pendant quelques heures.

Speed : une montée (**Yéeg**) très puissante du produit.

Sick, Sickness : C'est un terme anglais qui signifie « malade ». Chez les UD, cela exprime l'état de manque ressenti quand on est dans la phase d'addiction et qu'on a pris la dose

habituelle. Quand les usagers sont en état de manque, ils se sentent « malades », cette situation est vécue comme une souffrance physique et émotionnelle insupportable, elle isole l'utilisateur qui le ressent, le rend vulnérable et l'expose à des comportements à risque (prostitution, délinquance). Dior explique très clairement cette perception :

Un jour, à mon réveil, S. m'a regardée et s'est rendu compte que j'étais en manque, alors il m'a acheté du Brown et j'ai comblé mon manque, c'est à partir de ce jour que je me suis rendu compte que j'étais devenue accro. A partir de ce moment, je sortais avec S. pour aller me prostituer, et il m'attendait faire le travail, ensuite on quittait pour aller acheter notre Brown. Parfois je me couchais jusqu'en pleine nuit et je me levais pour aller me prostituer, c'était pour pouvoir acheter de l'héroïne, parce que l'héroïne est différente des autres drogues, dès que tu te réveilles sans l'avoir, tu peux aller voler des choses ou faire n'importe quoi pour l'avoir (Dior, 35 ans)

Les personnes interrogées établissent une différence entre l'état de manque provoqué par l'héroïne et celui de la cocaïne/crack, le premier axé sur une souffrance physique et le second sur une souffrance psychologique.

Ce n'est pas la même chose, parce que pour la cocaïne, le sick est dans l'esprit. (...) C'est par rapport à la psychologie, ce qui veut dire que la chose est dans ton esprit et tu veux l'avoir tout de suite, ce n'est pas quelque chose qui est dans le sang, mais c'est comme si tu as le palu, tu sues, tu ne manges plus. (Amy, 38 ans)

... Celles qui utilisent le crack. Avec cette drogue, on ne ressent pas les symptômes de manque. Si tu veux le consommer et que tu as de l'argent alors tu pars tout de suite l'acheter. C'est pour cette raison qu'il y a de nombreuses femmes qui le consomment. (Nini, 29 ans)

Faju : c'est un terme wolof qui signifie se soigner. Dans le jargon des UD, cela veut dire prendre sa dose habituelle de **came**. Ainsi donc pour les consommateurs, ne pas prendre sa drogue est vécu comme une maladie (**sick**) car l'état de manque provoque des symptômes : diarrhées, des vomissements, des douleurs articulaires... Prendre sa dose, c'est se soigner (**faju**) et se rétablir de ce syndrome de manque.

J'étais en état de manque, j'étais malade et ma famille pensait que j'avais le palu et tout ça, il y a l'hôpital et tout parce que ma maman est venue me prendre. On me donnait des médicaments mais ça n'arrêtait pas quoi. J'ai eu la diarrhée, des vomissements. Donc deux jours plus tard (...) dès que j'ai commencé à fumer avec lui je n'étais plus malade. (Bintou, 59)

8.3 Les motivations de l'injection

Parmi les femmes que nous avons rencontrées, très peu se sont injectées les drogues. Les « anciennes junkies » ont davantage expérimenté l'injection que les autres femmes. La cocaïne étant le plus souvent fumée, c'est l'héroïne qui est administré par injection.

Quelques femmes déclarent être passées d'un mode de consommation à un autre dans le but de découvrir d'autres sensations, de comparer les différents effets pour ensuite pouvoir déterminer leur mode d'usage de préférence. Mais celles qui ont pratiqué les injections avancent plus précisément trois motifs, qui peuvent être combinés et inter-liés : la mauvaise qualité de l'héroïne, la recherche d'un effet supérieur et plus durable et l'ignorance des risques infectieux.

8.3.1 La mauvaise qualité de l'héroïne

La plupart des femmes qui se sont injectées relient le choix de ce mode de consommation à une période où il y avait une pénurie de *came* à Dakar. L'héroïne à Dakar est souvent sous forme de poudre mais il arrive que quand le produit est rare que cela se présente sous forme de pâte. Dans ce cas, les usagers préfèrent se l'injecter pour ne rien perdre du produit.

La manière de prendre les produits varie en fonction de la disponibilité des substances sur le marché comme en témoigne l'extrait suivant :

R : En ce temps-là il y avait la mauvaise drogue qui était sur le marché. Pour ceux qui se shootaient ou qui faisaient le plata, la drogue se formait comme une pâte et ce n'était pas du tout bien. Moi je la mélangeais avec ma cigarette et je constatais que ça ne me satisfait pas alors que je dépensais beaucoup d'argent pour ça, donc j'ai décidé d'arrêter et je ne consommais que l'alcool ensuite je me couche

E : Qu'est que vous avez dit, platar ou plata ?

R : Plata. On utilise un papier de chiwigum et on y met la drogue, on brûle le dessous et on aspire la fumée

E : Mais vous n'avez jamais utilisé cette méthode ?

R : Non. Moi je mélangeais la drogue avec la cigarette et je mets ça sur un papier de rizla⁷⁵ que j'enroule pour faire un joint et je fume. (Soda, 51ans)

Le passage à l'injection est aussi déterminé par des conditions socioéconomiques défavorables (disponibilité et distribution des produits, manque d'argent).

⁷⁵ Il s'agit de la marque « Rizla croix », qu'on appelle « rizla », qui est un des papiers à cigarettes les plus connus.

8.3.2 La recherche d'un effet supérieur à celui du sniff

La recherche d'un *tips* qui dure plus longtemps et le fait de ne pas avoir trop de perte en termes d'effets ressentis, ont motivé certaines femmes à s'injecter les drogues. Selon elles, il y aurait une variabilité de la durée du plaisir ressenti selon qu'on utilise tel ou tel mode de consommation.

L'état de manque conduit à une certaine forme de solidarité dans le milieu et consiste à se dépanner quand l'autre n'a pas de quoi acheter sa dose :

La femme est mon amie, elle vient souvent à la boîte. Quand elle venait, on se cotisait pour acheter un « demi ». Des fois quand on n'a pas assez d'argent, on achète un « quart », on le met sur une cuillère et chacun de nous tire, c'était pour un peu nous soulager (Diary, 50 ans)

Lorsqu'on n'a pas d'argent pour acheter une quantité suffisante d'héroïne, il serait préférable de se l'injecter pour faire durer le ressenti.

« Comment preniez-vous l'héroïne ?

R : Je me l'injectais. Parfois aussi le cocktail, c'est-à-dire on prend une cigarette et on l'enroule avec du rizla, on allume la cigarette et on la fume. J'ai utilisé la méthode où on la verse sur un papier, on l'enroule et on le sniffe. Il y a aussi une méthode où on le mélange avec de l'eau et on la verse dans une seringue, et on s'injecte

E : Qu'est-ce qui vous a motivée à utiliser une méthode après l'autre ?

R : Je consommait à hauteur de quatre quart ou six quart. Parfois j'ai de l'argent mais parfois je n'en ai pas pour ma consommation, c'est ce qui m'a fait adopter le sniff. Donc j'ai réalisé que le sniff maintient la dose plus que le cocktail. Ensuite j'ai fait le Jamu (l'injection), j'ai vu qu'il maintient beaucoup plus que le sniff. Pour ce qui concerne l'injection, un jour je n'avais qu'un quart, je me suis demandé comment je vais faire pour avoir un niveau qui sera maintenu jusqu'à une certaine heure, un gars m'a dit, il est décédé d'ailleurs, il faut utiliser la seringue.

E : C'est un homme ou une femme ?

R : C'est un homme, il s'appelait G, que Dieu l'accueille dans son paradis. Toute sa famille utilisait la seringue pour se droguer, c'est l'oncle de P. N. C'est lui qui m'a injectée pour la première fois et c'était bien. Donc j'ai fini par adopter cette méthode

E : Donc c'est pour que le plaisir dure plus longtemps que vous avez eu à utiliser l'injection ?

R : Oui. (Dior, 38 ans)

8.3.3 L'absence de conscience des risques infectieux

Pour s'injecter, il faut avoir un matériel pour le faire et maîtriser la pratique. Le matériel est souvent composé d'une cupule, d'une seringue, d'eau, de coton...etc. Les femmes qui ont dû s'injecter ont été aidées par quelqu'un d'autre, soit une amie, un dealer, un partenaire. Les femmes qui ont une fois eu recours au mode d'administration par injection dans leur trajectoire se sont généralement fait aider par un homme. Cette pratique, en particulier pendant la phase d'apprentissage, les a exposées à un risque infectieux dont elles n'avaient pas conscience avant les interventions d'information et RdR au début des années 2010.

Le témoignage de Bintou permet de comprendre comment les femmes peuvent passer au mode de consommation par injection dans leur trajectoire.

Voilà. Tout à l'heure je t'expliquais là, concernant mon injection. La première fois que je me suis injectée, c'était parce qu'il n'y avait pas d'héroïne en poudre, partout à Dakar il n'y en avait pas, je suis partie chez tous les dealers et il n'y en avait pas, donc j'ai pris l'héroïne et c'était en pâte, donc on était obligé de la mélanger avec de l'eau pour la faire dissoudre, et là tu prends la seringue pour tirer l'eau et tu injectes. C'est ce qui m'a poussée pour la première fois à le faire. Les autres fois, je prenais que quand je voyais des gens qui prenaient par injection et qui étaient bien dans leur peau, qui tipsé, j'ai dit mais non, la façon dont ils tipsent là j'aimerais bien être comme eux quoi, alors je me suis injectée avec l'héroïne mais je n'ai jamais tipsé comme eux, donc j'ai dit alors j'arrête.

E : Qu'est-ce qui te fait dire que tu n'as jamais tipsé comme eux ?

R : Parce que c'est une sensation que tu ressens et je ne l'ai jamais ressentie. Donc l'injection c'était par passage seulement

E : Donc tu ne l'as jamais pratiquée pendant longtemps ?

R : Non, même pas trois mois hein, après j'ai arrêté quoi parce qu'en fait j'ai pris mon hépatite C durant le moment où je me suis injectée. Je n'ai jamais partagé de seringue parce que je suis dans la réduction des risques, c'est moi qui distribue les seringues et les préservatifs, donc j'en avais assez avec moi

E : Donc l'injection c'était pendant que tu distribuais les seringues ?

R : Non, c'est pendant que je me faisais piquer parce que moi je n'ai jamais pu me piquer toute seule, donc il y avait deux personnes susceptibles de me piquer, l'une avait le VIH, l'autre avait l'hépatite. Je pense que c'est d'après les mains souillées, parce que la seconde elle est décédée d'ailleurs, ces deux personnes étaient toutes malades, mais comme j'avais personne pour me faire mon injection...

E : Pourquoi tu ne l'as pas fait toi-même ?

R : Je ne peux pas, moi ce que je peux c'est me piquer mon insuline, mais rechercher les veines et autres je ne peux pas. Je me retrouvais avec ma seringue et ma dose et je venais chez les gens et je leur demande de me piquer, donc eux ils te disent tu me donnes 10 milligrammes et je te pique ou bien tu me donnes une dose et je te pique, donc moi je fais le mélange. Mais je pense que c'est quand il prenait l'aiguille, la seringue, peut-être leurs mains étaient souillées, tu sais que l'hépatite C est très résistante, elle peut vivre pendant au moins cinq jours, le virus, vivre longtemps par rapport au virus du VIH. Donc c'est quand on a fait l'enquête UDSEN, je n'avais ni hépatite ni rien, les résultats étaient ok, mais c'est après que j'ai découvert que j'ai l'hépatite C à l'entrée dans le programme méthadone. (Bintou, 59 ans)

Le témoignage de Bintou illustre une prise de conscience récente des dommages sanitaires liés à ce mode de consommation. Bintou établit un lien entre son hépatite C et le partage de seringues qu'elle s'est fait injectée par d'autres personnes, ne sachant pas se piquer seule.

D'autres témoignages montrent également le partage de ses seringues, qui étaient difficilement accessibles avant l'introduction des politiques de RdR à Dakar :

J'ai commencé à sniffer, par la suite j'utilisais la seringue, et à cette époque il était très difficile d'avoir une seringue au niveau des pharmacies car on te demande une ordonnance, donc on était obligé de s'échanger des seringues, et c'est ce qui est à l'origine du VIH que j'ai eu. J'ai eu une amie qui est décédée, on partageait souvent des seringues car on n'était pas informées des risques qu'il y avait, et c'était difficile d'en avoir au niveau des pharmacies. (Sokhna, 50 ans)

Les séances de sensibilisation faites au CEPIAD et par les équipes mobiles à partir de 2010 ont permis à certaines femmes d'établir un lien entre leur pathologie infectieuse (VIH, hépatites) et le mode de consommation par injection.

Depuis la mise en œuvre des activités de RdR, le mode d'administration par injection, lorsque le matériel est partagé, est maintenant identifié par la plupart des personnes interrogées, comme une pratique à risque de contamination par le VIH et le VHC. Généralement les femmes y associent également la vie sous dépendance à la drogue à d'autres pratiques à risque, comme la promiscuité, la prostitution, le non port du préservatif, qui les exposent aux comorbidités (VIH, hépatites, TB). Aussi, nous n'avons pas recueilli de témoignage récent d'injection. La plupart des femmes rencontrées ne s'injectent pas les drogues. Les produits sont souvent inhalés ou fumés. Celles qui en ont eu l'expérience de l'injection avant l'ouverture du CEPIAD déclare avoir arrêté avec la prise de conscience des risques. A notre connaissance, il n'existe plus d'injectrices de drogues à Dakar et à Mbour. Elles sont en tout cas moins visibles qu'avant. Par ailleurs la consommation de cocaïne/crack est la plus répandue chez les femmes.

La plupart des femmes qui ont consommé l'héroïne en produit principal sont maintenant sous méthadone. La prédominance de la consommation de cocaïne/crack chez les femmes et le faible nombre d'injecteurs parmi la population générale des usagers de drogues a déjà été attestée par des études de prévalences menées au Sénégal et en Afrique de l'Ouest. Les résultats de l'enquête UDSEN montre qu'à Dakar l'héroïne est le produit principal consommé par 80% des UDI enquêtés. Cependant, cette étude montre qu'il y a relativement plus de femmes qui consomment de la cocaïne/crack (27,5%) en produit principal que d'hommes (19%). à Dakar, l'héroïne et cocaïne/crack sont essentiellement fumées dans une cigarette roulée avec un mélange de tabac. En ce qui concerne le crack, l'étude mentionne qu'il est souvent fumé à l'aide d'une pipe artisanale. 49% pratiquent le sniff et sont susceptibles de se partager la paille. L'injection est utilisée que par 13,8% des usagers enquêtés et concerne exclusivement l'héroïne, la cocaïne étant rarement fumée. Quelques personnes consomment le tramadol et des produits codéinés. Par ailleurs la prévalence du VIH est beaucoup plus élevée chez les femmes que chez les hommes (21,1 % vs 7,5%). Ceci est corrélé aux comportements à risque (prostitution, partage de matériel) (Leprêtre et al. 2015). Une étude de prévalence menée à Abidjan en côte d'Ivoire montre également que l'injection est une méthode de consommation marginale chez les femmes comme chez les hommes UD en côte d'Ivoire. Cependant les femmes qui représentent seulement 10.9% de l'échantillon de l'étude sont infectées par le VIH dans 26.5%. Ce fort taux est relié au travail sexuel(D. J. Bouscaillou et al. 2014). Le rapport de cartographie du Programme régional de Réduction des risques (PARECO⁷⁶) (2019) mentionne également que les drogues consommées dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest ((Sénégal, cote d'Ivoire, Burkina Faso, Guinée Bissau, Cap Vert) concernent souvent le chanvre indien, le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, le crack, le haschisch, l'opium et les médicaments détournés tels que les amphétamines et le tramadol. La fumette, le sniff, l'ingestion par voie orale, l'inhalation et l'injection ont été rapporté comme étant des modes de consommations usuelles dans les milieux. Cependant dans tous les pays où l'enquête a été menée, les consommateurs qui s'injectent sont peu nombreux par rapport aux usagers de drogues en général(PARECO 2019)

Du côté des recherches qualitatives, les travaux de Ndione (2017) à Dakar décrivent la consommation de l'héroïne et de la cocaïne/crack auprès d'une population d'enquête constituée majoritairement d'hommes. Dans son ethnographie du milieu des UD à Dakar, l'injection est

⁷⁶ Enquête réalisée dans 5 pays de l'Afrique de l'Ouest (Sénégal, cote d'Ivoire, Burkina Faso, Guinée Bissau, Cap Vert)

également une pratique minoritaire. Les produits sont le plus souvent fumés, sniffés ou inhalés. Les femmes qui ont eu à s'injecter ont souvent été aidées par un tiers (amis, partenaires). En revanche son étude ne documente pas l'abus de tramadol parmi les UD enquêtés. On pourrait alors pensé que le constat de l'usage de tramadol parmi les femmes de notre étude est lié à l'expansion de la crise des opioïdes⁷⁷ au niveau mondial et régional. L'addiction aux antis douleurs est un phénomène mondial qui prend de plus en plus de l'ampleur en Afrique. Le tramadol n'est pas répertorié comme une substance contrôlée réglementée par l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS (Kurth et al. 2018).

8.4 Les contextes de socialisation dans l'addiction

L'engagement dans une trajectoire de consommation ou d'addiction aux drogues est construit à partir de l'environnement et d'un moment socioculturel (Charles et Britto 2001). Les récits de vie auprès des usagères de drogue ont révélé que certains éléments contextuels pouvaient les prédisposer à s'engager dans une trajectoire d'usages de drogues. Selon Olievenstein, l'addiction est une rencontre entre un produit, une personne et un contexte. Les facteurs contextuels sont importants dans l'entrée et la poursuite de la consommation de drogues. Plus ces facteurs sont marqués et nombreux, plus la probabilité de consommer est grande. Ces facteurs peuvent être liés à la société, à la famille, aux pairs ou à la personne elle-même (Olievenstein 1984).

8.4.1 Les contextes biographiques : des vécus familiaux et personnels traumatiques

Les récits de vie montrent que l'histoire familiale des femmes est traversée par des vécus chaotiques qui sont déterminants dans la trajectoire de consommation de drogues. L'absence d'un ou des deux parents durant l'enfance ou l'adolescence, les ruptures familiales provoquées par les décès, les divorces, mais aussi les viols figurent dans les récits biographiques des femmes que nous avons rencontrées, qui les mettent dans des situations de multi-vulnérabilités au croisement desquelles se dessine (indirectement) l'entrée dans l'addiction. Ces ruptures sont rapportées par certaines femmes comme étant à la base d'un échec scolaire et d'un retrait précoce d'un environnement familial. Ces vécus traumatiques les ont conduites à se tourner vers la rue ou les pairs et à adopter un style de vie marqué par l'usage de substances psychoactives.

⁷⁷ Ou épidémie d'opioïdes (opioid epidemic), fait référence à l'augmentation rapide de l'utilisation d'opioïdes avec ou sans prescription médicale

La plupart des récits retracent donc des ruptures familiales dès l'enfance et des blessures intrafamiliales sur fond de violences (viol, maltraitance, confiage⁷⁸, mariage forcé).

Tableau 1: Traumatismes vécus par les femmes rencontrées.

Pseudonyme	Expérience vécue
Sokhna	Viol dans l'enfance et divorce des parents
Dior	Enfant naturel, Confiage, viol, délinquance précoce
Dibor	Grossesse hors mariage, refus des parents de la donner en mariage à son amoureux
Oumou	Séparation des parents, confiage, maltraitance
Atia	Décès des parents, attouchements sexuels
Coura	Décès des parents, confiage, maltraitance
Nini	Décès des parents
Soukeye	Divorce des parents, viol
Alima	Confiage
Fily	Décès des parents, Mariage forcé
Daba	Confiage
Tabara	Confiage
Diarry	Grossesse précoce
Soda	Déception amoureuse
Lena	Viol

⁷⁸ Forme traditionnelle de solidarité familiale pratiquée dans les sociétés d'Afrique sub-saharienne. Elle consiste en la séparation entre un enfant âgé de moins de 15 ans et sa famille biologique (Vandermeersch 2000)

Garmi	Délinquance précoce
Sanou	Confiage

Ces événements (Viol, décès/divorce des parents ; confiage/maltraitance) représentent des épisodes sociaux les plus récurrents qui exposent les femmes à des situations de vulnérabilités. Ces souffrances les ont conduites à se rebeller ou à défier l'autorité parentale ou du tuteur. Ces cas de figure ont abouti à des situations de vulnérabilités et de prises de risque (délinquance, consommation de drogues) et à l'adoption de stratégies pour s'en sortir (travail dans les milieux festifs, prostitution...). C'est généralement l'enchaînement de ces événements que l'on retrouve dans la plupart des trajectoires. Pour certaines femmes, des déceptions amoureuses, généralement imbriquées dans des décisions familiales, lorsque les parents refusent l'union avec le partenaire amoureux, sont à l'origine de leur trajectoire de consommation de drogue. Dans certains récits, l'adoption précoce d'un comportement marginal, voire de délinquance juvénile, est associé à l'utilisation des drogues. Dans ces histoires, l'entrée dans la consommation de drogue prend deux sens : elle vient renforcer une défiance et/ou aide à faire face à une souffrance. Nous allons voir comment ces douleurs sont exprimées dans les récits et mis en corrélation avec l'engagement dans une trajectoire d'usage de drogues à travers trois brefs récits d'entrée dans la consommation : Sokhna, Dior, Dibor

8.4.1.1. Sokhna, ou une enfance traumatisante

Sokhna est née au point E en 1966, dans une famille plutôt aisée. Elle est la deuxième née d'une fratrie de 4 enfants : deux filles, deux garçons. Elle a vécu des événements traumatisants après le divorce de ses parents et le décès de son frère :

« [Mon enfance était] agréable jusqu'à l'âge de 15 ans. Mais par la suite puisque mes parents étaient divorcés, on passait toutes nos vacances à Thiès, là-bas mon père avait une femme autre que notre maman, mon père aussi ne venait à Thiès que les samedis en quittant Dakar. Il y a aussi un frère à mon père qui tentait toujours de me violer lorsque j'étais plus jeune, il a même fini par me violer là-bas à Thiès et c'est dès lors que j'ai commencé à être perturbée. A ma rentrée à Dakar, je ne pouvais confier cela qu'à mon grand-frère qui est décédé, et ce dernier m'a recommandé de ne pas le dire à notre maman. Donc j'ai grandi avec ce chagrin et c'est ce qui a fait que les vacances suivantes j'ai refusé d'aller encore à Thiès, on m'a demandé pourquoi mais j'ai refusé de le dire, j'ai décidé de rester à Dakar avec ma mère. Et c'est depuis lors que j'ai commencé à avoir des copines avec qui je sortais, mes études ne marchaient plus normalement car je commençais à redoubler de classe »

Ce vécu traumatique dû au viol et notamment le sentiment d'être seule à porter cette souffrance après la mort de son frère va marquer la trajectoire de Sokhna. Elle décrit cette souffrance comme l'ayant conduite à un échec scolaire et un engagement dans l'usage de drogues :

En fait quand j'avais fait le BFEM, je n'avais pas réussi, mais quand même je me suis inscrite en seconde, mais au milieu de l'année scolaire j'ai arrêté les études car il y avait les mauvaises fréquentations et je commençais à fuir les cours, ensuite j'ai décidé d'abandonner l'école et de faire une formation de CAP en secrétariat, j'ai fait cette formation dans une école appelé PG. Après avoir fait un an et demi dans cette formation, j'ai encore décidé d'abandonner cela pour aller en France car j'avais un copain blanc. J'étais tout le temps avec lui jusqu'à ce que je découvre la drogue au niveau des gens que je fréquentais »

Son récit montre que les personnes qui consomment les drogues ne sont pas toutes issues de la précarité ou d'un milieu familial pauvre. Par ailleurs, la configuration familiale peut être à la base de traumatisme qui peut affecter l'équilibre de l'enfant et de l'adolescent et ainsi générer une situation d'insécurité au sein de sa famille. Dès lors, la socialisation par les pairs prend le dessus et expose à adopter des comportements à risque.

8.4.1.2 Dior, à la marge dès la naissance

Dior est née à Reubeuss, au centre-ville de Dakar. Elle est une « enfant naturelle ». Sa mère travaillait comme professionnelle du sexe et c'est dans le milieu qu'il a connu son père. Ses parents n'étant pas mariés, quelques mois après sa naissance, elle est confiée à une dame qu'elle considère comme sa grand-mère quand elle nous raconte son histoire. Elle a grandi entre les quartiers dakarois de Malick Sy et de la Médina.

Ma mère sortait [prostitution], et c'est dans ça qu'elle a connu mon père, ils ont eu un enfant hors mariage qui est moi. (...). Quand j'avais 8 mois, mes parents avaient un peu des problèmes, et mon père m'a prise et m'a donnée à mon homonyme, cette dernière aussi m'a donnée à sa maman et c'est elle qui m'a éduquée. Je suis sûre qu'elle n'aurait jamais souhaité que j'emprunte ce chemin car elle m'aime tellement (...) mais ce n'est pas aussi ma grand-mère [en vrai] puisqu'on n'est pas apparenté. Sa fille c'est la copine d'un ami à mon père.

Dior va grandir avec cette grand-mère qui va assurer son éducation. Mais sa tutrice perd sa maison saisie par la justice pour éponger une dette contractée par son mari, et elles se retrouvent dans une situation de précarité financière extrême. Elle n'a pas pu faire ses études à cause d'un manque de moyens. Par la suite, elle va commencer à dériver et adopter des comportements marginaux alors qu'elle a à peine 13 ans.

Ma grand-mère avait le rhumatisme, quand elle me donnait 150 francs pour que j'achète deux sédaspirines à Keur Serigne bi, je vais là-bas et je vole une grosse (boite) de sédaspirine, quand je rentre avec ça elle est contente, et moi aussi ça me faisait plaisir qu'elle soit contente de ça. Un jour, il y avait le film de Mangala au cinéma, ma grand-mère m'a amenée là-bas pour le suivre, j'ai vu des enfants de mon âge là-bas qui sont des fakkman⁷⁹, donc j'ai commencé à les fréquenter au cinéma. Il y avait d'autres amis qui buvaient de l'alcool et moi aussi parfois je goûtais un peu. Mais par la suite j'ai arrêté l'alcool parce que ça ne me plaisait pas mais j'avais continué quand même à fumer la cigarette et le Yàmbaa. (...) C'est à partir de là que j'ai commencé à fuguer, parfois je suis à Pikine, parfois à Guinaw-Rail, j'étais avec des bandits, j'étais très jeune mais je volais dans les télécentres et tout. (...). Donc avec ça, ma mère était très en colère d'avoir appris que je vole. Lorsqu'elle venait chez nous, chez ma grand-mère, et qu'elle voulait me reprendre, celle-ci l'en empêchait en lui disant tu me rends tout ce que j'ai fait pour ta fille, donc ma mère laissait tomber. Donc par la suite j'ai commencé la fugue en allant à Pikine et autre. Il y a même une fois où on m'a publiée dans le journal « Le Soleil », la police de Pikine a fini par me retrouver et me ramener chez moi. Mais je me suis enfuie encore, on m'a retrouvée cette fois au « terrain foyer ». »

La trajectoire de Dior est marquée par la délinquance juvénile (fugue, vol puis, elle entre dans la prostitution alors qu'elle est encore mineure :

J'avais 14 ans. On nous a arrêtées car on se prostituait en tant que mineures, donc un policier nous a rencontrées dans la rue et embarquées dans un taxi pour nous amener à la police. Arrivées à la police, on nous a demandé si on vivait avec nos parents, nous leur avons expliqué qu'on a pris la fuite et on est à Colobane. Ils nous ont demandé si nous avons des paires qui restent là-bas, on a dit oui. A cette époque leur véhicule était celui qui transporte actuellement les moutons, il y en avait sept en plus de celui du commissaire. Quand on est arrivé là-bas, on a chargé tous les véhicules pleinement. Il y avait un vieux handicapé qui nous avait hébergées, on l'a enfermé pour deux ans, la vieille dame aussi deux ans. Nous logions chez eux, et après avoir travaillé, on leur donne de l'argent. Le vieux aussi nous exploitait car non seulement on lui versait de l'argent, mais aussi il couchait avec nous car c'est lui qui nous a hébergées.

Dior fait de la prison pour mineure pendant 4 mois. Cela ne l'empêche pas de continuer dans ce mode de vie. Vers l'âge de 18 ans, elle est obligée de fuir en Gambie pour ne pas être attrapée par la police. Elle vit avec son copain qui a volé beaucoup d'argent et de l'or. Tout au long de son histoire, Dior dit l'amour que lui portent sa mère et sa grand-mère. Cependant, ce qui l'a plus marquée, c'est l'absence de la figure paternelle dans sa vie.

⁷⁹ Terme émique qui désigne un délinquant

A l'instar du récit de Dior, d'autres récits mettent l'accent sur la relation entre l'absence d'une figure parentale, la pratique de confiage et l'engagement dans un style de vie déviant. Une sortie de la configuration familiale d'origine entraîne des bouleversements au plan individuel. Cette dimension est importante dans l'explication de certaines trajectoires de femmes usagères de drogues. D'autres femmes ont relaté des vécus de maltraitance et de viol dans des familles d'accueil qui les ont conduites à fuguer et à s'inventer une nouvelle vie loin des leurs.

8.4.1.3 Dibor, une vie amoureuse difficile

Dibor est née en 1961 à Wagouniaye 2 à Dakar. Elle a fait ses études dans des établissements renommés au Sénégal. Au cours de ses études secondaires, au moment de préparer le diplôme du BFEM, elle tombe enceinte et est contrainte d'abandonner les études car cette situation était difficile pour elle. Elle décrit sa famille comme noble avec des valeurs conservatrices. Son père refuse de la donner en mariage au père de son enfant.

Je n'ai jamais été mariée. Mon père croyait beaucoup aux castes, (...) C'est ce gars que j'aimais... C'est ce gars que j'aimais. (...) Je suis issue d'une bonne famille (...) Nous sommes des Saloum-Saloum. Ma mère a été mariée dans notre famille et je suis née dans les liens du mariage, voilà.

Dibor va vivre cette grossesse comme hors norme car n'étant pas conçue dans les liens du mariage et ne reproduisant pas le schéma familial en matière de procréation. De plus, elle ne peut pas être avec l'homme qu'elle a choisi:

Mon père m'aimait beaucoup, il m'avait mise dans une école privée et il me donnait tout ce que je lui demandais, donc quand je suis tombée enceinte il est devenu très fâché contre moi (...) Le père de mon enfant voulait me marier et mes parents ont refusé à cause des problèmes de castes. Ils ont dit que le gars est un forgeron et il ne faut jamais gêner la dignité de la famille. C'est ça qui m'a mise en colère et j'ai commencé à fumer la cigarette, le chanvre indien, à boire de l'alcool.

Cette situation la met en colère contre sa famille. A cela s'ajoute le sentiment d'avoir déçu son père, Dibor nous la raconte avec beaucoup d'émotions. Cette souffrance elle va essayer de la noyer dans la prise de psychotropes.

Donc la nuit quand toute la famille se couchait déjà, je commençais à me droguer. Je l'ai fait pendant longtemps et finalement j'ai commencé à le faire la journée mais je le faisais toujours en dehors de la maison, et pendant la nuit je rentrais. J'étais avec mes copains et copines pendant la journée et c'est pendant la nuit que je rentrais à la maison.

Le récit de vie de Dibor évoque à la base, une histoire d'amour rendu impossible par l'opposition de ses parents. Dans l'histoire de leur vie, certaines femmes décrivent des blessures

qui ont été à l'origine de ruptures avec la famille, premier lieu de socialisation. Cela montre que certaines configurations familiales et les expériences douloureuses dans le groupe de naissance ont ainsi conduit à des trajectoires ayant débouché sur des prises de substances psychoactives. S'engager dans une trajectoire d'addiction peut constituer un refuge pour s'éloigner de réalités familiales insoutenables. Les traumatismes vécus éloignent l'adolescent du milieu familial ou l'adolescent lui-même s'en éloigne. Par la suite, il arrive cependant que les familles jouent un rôle prépondérant de soutien et d'accompagnement. Par ailleurs tous les récits ne font pas état d'expériences familiales difficiles. Nous verrons plus loin, à travers les thèmes de l'initiation aux drogues comment certaines femmes ont été prises « par surprise » et entraînées dans la prise de psychotropes.

8.4.2 Les contextes sociaux favorables à la consommation

Les données recueillies montrent qu'il y a plusieurs situations où les consommations se déclenchent et se développent. Trois facteurs contextuels émergent des récits recueillis : le milieu de vie, le milieu festif et touristique, la mobilité. Certains de ces contextes favorables peuvent s'entrecroiser dans une même trajectoire. L'usage des différents produits consommés (héroïne, cocaïne mais aussi cannabis et alcool...) se développe souvent à partir des mêmes facteurs liés à l'environnement social.

8.4.2.1 Le milieu de vie

L'entourage familial de certaines femmes les a amenées à consommer des drogues. Trois types d'influence émanent des trajectoires biographiques : le fait qu'un des membres de la famille soit usager (père, frère), la présence d'un dealer dans l'environnement immédiat, l'influence des pairs.

Des personnes interviewées parlent de la manière dont la circulation des produits dans leur cadre de vie les a exposées à faire usage de drogues. Certaines femmes ont grandi dans *le milieu du deal* où il y avait une présence de consommateurs de drogues. Dans l'histoire de Diéry, la drogue est vendue par son oncle dans la cour familiale et il l'a impliquée dans la gestion de la marchandise. Elle a évolué dans cette atmosphère:

La drogue était vendue dans notre maison. Tous les garçons fréquentaient là-bas. Les gens venaient acheter, fumer, parfois on volait de la drogue pour la vendre (...) [dans notre maison], on y vendait du Brown, de la cocaïne, du Yambaa, et tout. Mon père travaillait comme menuisier dans la maison. Il était ensemble avec les garçons qui fréquentaient la maison et tout le monde. C'est là où ils prenaient leur déjeuner et les dealers avaient même leur chambre là-bas (...). En fait il y a leur copain qui habitait à la maison, c'est

un frère à mon père, il est décédé d'ailleurs avant la Tabaski passée. Lui aussi était un junky, il est mort à Fann. Mon père aussi était tout le temps avec eux jusqu'à finir par entrer dans la consommation lui aussi (...) En fait la drogue passait toujours d'abord par notre maison. Les marchandises du frère de mon père c'est moi qui les gardais, donc parfois si j'ai envie de fumer, je prends une lame et je coupe une partie dans chaque paquet et je les remballer correctement jusqu'à avoir ma dose de drogue, mais tout en me cachant dans les toilettes.

La consommation de drogue de ce parent apparaît comme source de conflit dans sa famille. Diéry est témoin de la consommation problématique de son père qui bat sa mère quand il est en état de manque, provoquant une dislocation de la famille.

Il en prend toujours. Avant-hier même il créait des histoires à ma mère car il dit que c'est elle qui a confisqué son Xeer (...) Moi je le comprends parce que je sais que s'il ne prend pas ses Xeer, il se comporte comme ça. L'autre jour je te le disais, je disais qu'il fatigue ma mère à cause de la drogue. Ce jour-là j'ai appelé le dealer qui s'appelle J. et je lui ai expliqué le problème de mon père et je lui ai demandé de faire quelque chose pour qu'il se calme, par la suite J. m'a donné un Xeer que j'ai remis à mon père et il s'est enfin calmé. [Cette situation] C'est extrêmement difficile, d'ailleurs j'ai un petit frère qui a quitté la maison à cause de la colère de mon père. Il ne mange plus dans la maison, s'il vient c'est pour simplement voir ma mère. Tous mes trois frères ne sont pas dans la maison. L'un est à la Patte d'oie chez sa femme, les deux autres sont peut-être chez leurs copains, ils disent qu'ils ne peuvent pas digérer le comportement de mon père à l'égard de ma mère. Mon père brutalise ma mère jusqu'à la rue, parfois quand ma mère part pour travailler il la poursuit jusqu'à la rue pour lui créer des histoires, mais après avoir fumé, c'est comme si ce n'était pas lui qui faisait tout ça. C'est dur mais...c'est dur en tout cas. Et quand il fait ça à ma mère, tous mes petits frères pleurent, c'est moi qui me maîtrise un peu et je sors de la maison ou je pars à la Rue 6, après être calmée, je retourne à la maison.

On voit bien que Diéry souffre de cette situation, pourtant cela ne l'a pas empêchée de s'engager dans la prise de psychotropes. On pourrait donc penser que Diéry n'a pas pu échapper à un certain déterminisme du milieu, en plus de la dépendance aux produits. L'environnement immédiat peut faciliter l'engagement dans une trajectoire d'usage, de même que la faiblesse du contrôle parental. D'autres récits montrent que d'autres membres de la famille autre que le père, peuvent être concernés par l'usage de drogues. Certaines femmes interviewées parlent d'un frère UD.

En fait il y a un voisin qui s'appelle M.D, il est décédé d'ailleurs, c'est lui qui vendait de la drogue dans notre milieu, c'est là que mon frère et moi avons commencé à l'utiliser (...) Donc on a commencé à l'utiliser. Un jour, mes amis sont venus chez moi, on a acheté une dose et on l'a consommée. C'est à partir de ce moment-là que j'ai eu l'habitude de me droguer. D'ailleurs mon frère est mort à cause de la drogue, ça fait maintenant deux ans. Mais moi,

actuellement, j'ai diminué le rythme auquel je fumais auparavant. Lika, 32 ans.

Mes frères, on a grandi ensemble et ça veut dire qu'il n'y avait pas une grande différence d'âge entre le grand frère et le petit frère qui était le cadet. Moi, j'étais au milieu. Donc, c'est à cause de l'un d'eux qu'il y avait la problématique de la drogue, c'est là que moi-même j'ai connu ce que c'est. Ça a été des moments très difficiles et ça a créé un chaos, de grandes déchirures dans la cellule familiale. Parce que vous savez une personne dépendante de l'héroïne, vivre avec ce n'est pas quelque chose de facile, donc ça a été très mouvementé avec plein de rebonds, beaucoup de stress et finalement ils sont décédés. L'un prenait de la drogue et l'autre c'était l'alcool frelaté là parce qu'on trouve ça un peu partout à Baobab, c'est très prisé dans notre quartier là. Ouleye, 51 ans.

8.4.2.2 Le milieu festif et touristique

Pour beaucoup de femmes, le milieu festif et/ou touristique constituent des lieux où les consommations sont associées à la convivialité et prennent corps. Il est difficile de faire une scission entre les deux, le milieu touristique étant marqué par une ambiance festive.

Une partie des femmes rencontrées affirment que le travail en tant que professionnelles du sexe ou serveuses dans les bars et restaurants, ainsi que la fréquentation du monde de la nuit (boîtes de nuit, soirées privées) ont favorisé les premières prises de drogues.

Juste c'est une copine, qui s'est mariée avec un Blanc, qui m'a invitée à venir travailler avec elle dans un bar resto. Et elle savait ma situation. C'est là que j'ai commencé à travailler dans les bars avant de finir dans les bistros... C'est quand j'ai commencé à fréquenter les bars que je l'ai découvert. J'ai vu des gens l'utiliser. Et pour savoir tout ce qui se passe dans ce monde, il faut bien creuser. Là, ils m'ont appris et puis ça y est, car dès que tu goûtes tu n'arrêtes plus. (...) C'était en soirée, un anniversaire et ça s'est bien passé. Bon je ne le regrette pas, car y a rien de mal, on ne m'a pas forcé. C'est plutôt moi qui ai voulu le découvrir en l'utilisant. Oumou.

En dehors d'une fréquentation assidue de ces milieux conviviaux marqués par beaucoup d'interactions et de transactions financières et sexuelles, les fêtes privées entre pairs sont décrites par les personnes interrogées comme servant de prétexte idéal à une consommation d'alcool et de cocaïne. La consommation de drogues apparaît ainsi comme une pratique de fête.

J'ai commencé à fumer du haschich, ensuite, l'herbe, puis la cocaïne puis l'alcool (...) Je me rappelle le jour mais pas l'année. (...) on était, entre bande de copains et copines dans une soirée dans une maison. (...) c'était dans une maison, c'était une soirée et je faisais partie des organisatrices (...) mon copain y était et d'autres filles qui étaient des copines. C'est des copines que j'ai connues à travers les milieux que je fréquentais dans les boîtes de nuit. C'était l'anniversaire du meilleur ami de mon copain. Il y a des problèmes parfois qui vous submergent et qui vous versent dans la consommation de la

drogue. J'étais seule et sans aide après le décès de mes parents, le viol aussi, tous ces événements m'ont bousculée. (...) Bon, j'étais un peu allumée, mais je me suis sentie bien. J'étais tranquille, contente quand je l'ai sniffé. [Je l'ai consommée pour] le fait d'être soulagée, d'oublier, de penser à autre chose, voilà quoi, de ne pas être triste, de ne plus penser à des problèmes. (...) Mais c'est moi qui l'ai voulu, j'ai sniffé de mon propre gré. On ne m'a pas obligée. Soukeye, 43 ans.

Dans le moment festif, la drogue permet de s'évader et d'oublier la réalité quotidienne, mais elle est également constitutive de liens sociaux. La fête est un moment de transgression des normes et c'est un temps propice à la consommation de drogues illicites, mais elle permet également de tempérer une tension sociale élevée et de faire face à des problèmes sociaux. Les analyses sociologiques sur les fêtes montrent comment ces moments sont favorables au partage, consommer de la drogue participant à cette communion avec le groupe : «L'état de transe implique donc la création d'un lien social et collectif en rapport avec une culture » (Trilles et Thiandoum 2003). La consommation pendant une fête crée cet état de transe.

Je sortais souvent après le travail et j'allais en discothèque. Du coup quand tu sors la nuit, tu consommes de l'alcool et d'autres substances qui font monter le plaisir pour maintenir la soirée et tu vois quoi...toi-même tu sais. Coura, 35 ans.

La consommation dans le milieu festif peut être une occasion d'initiations aux drogues. Certaines femmes y font le premier pas vers une trajectoire addictive ; mais d'autres femmes consomment uniquement dans ces milieux de manière récréative. Ce type de consommation est alors considéré comme festif et occasionnel. Cet usage récréatif est associé à une certaine maîtrise sur sa consommation. Certaines de nos interviewées déclarent que leur consommation de drogues injectables n'a pas d'impact majeur sur leur vie sociale et sur leur santé. Elles ne consomment que quand elles ont suffisamment d'argent ou pendant une fête avec des amis. Ce sont des consommations auto-contrôlées où les femmes arrivent à délimiter le cadre de la consommation.

8.4.2.3. Le contexte de mobilité

Les récits de vie recueillis tracent un lien entre la consommation de drogues et la mobilité. Certaines femmes ont commencé à utiliser les drogues injectables dans les pays étrangers notamment en Europe. Parmi les pays européens dans lequel ces femmes ont transité figurent l'Italie, l'Espagne et la France. Ce lien a déjà été montré par l'enquête UDSN en 2011 à Dakar qui concluait que la consommation de drogue s'est diffusée dans cette région à partir de consommateurs ayant fait un séjour en Europe ou d'Européens de passage au Sénégal (Leprêtre et al. 2015). Dans nos données, différents parcours individuels donnent à observer ce fait.

Certaines femmes se sont engagées dans la consommation en Europe, et ont été expulsées de leur pays d'accueil à cause de leur addiction ; d'autres déclarent avoir établi les liens qui les ont poussés à consommer une fois au Sénégal à leur retour d'Europe ; d'autres parlent de la présence d'un partenaire européen déterminant dans la trajectoire de consommation. C'est le cas de Coura.

J'ai beaucoup voyagé et c'est à travers mes voyages que j'ai connu beaucoup de drogues. Mon premier voyage c'était en Mauritanie, c'est là que j'ai commencé la consommation de cannabis (...) A partir de la Mauritanie, je me suis cherchée un visa pour l'Italie, quand je suis arrivée là-bas, j'ai commencé à utiliser la cocaïne en la sniffant. Je ne voyais ça que dans les films, j'ai commencé à faire des choses que je n'avais jamais imaginées (...) Après mon visa a expiré et je suis partie en Espagne, là-bas, acheter de la drogue, c'est comme acheter des cacahuètes dans la rue et puis j'ai fait la connaissance d'un Sénégalais qui consommait et c'est véritablement lui qui m'a appris les choses. C'est avec lui que j'ai pour la première fois consommé avec la pipe, le crack après il m'a fait découvrir l'héroïne et j'ai commencé à changer, j'étais dans une autre vie. Coura, 35 ans

Celles qui ont été rencontrées dans les milieux touristiques entretiennent généralement des liens marqués par l'usage de drogues avec des étrangers (Européens, Libanais). Ces personnes en liens (petit ami, mari, ami) avec les femmes rencontrées peuvent ne pas être des consommateurs eux-mêmes mais ils ont parfois financé de manière indirecte la consommation de ces femmes.

Le cannabis je l'ai appris avec des potes à Dakar. Mais sur ce qui est de la drogue, je l'ai appris à la Somone avec des copines, des amis des potes blancs lors de l'anniversaire dont je te parlais(...) j'ai un copain [Européen] qui m'envoie de l'argent mais pas toujours. (..) Je paye ma location et machin. Donc avec le peu qu'il m'envoie je peux acheter [de la drogue]. Si je termine de faire toutes mes dépenses je peux acheter. Oumou, 38 ans.

Ce sont également des personnes très mobiles du fait de leur trajectoire professionnelle (travailleuses du sexe, serveuses). Les déplacements sont fréquents le long des côtes à travers les stations balnéaires (Saly, La Somone, les îles du Saloum, la Gambie, Cap Skiring) et ces déplacements sont ponctués de consommation de drogues et de découvertes de nouveaux produits.

Conclusion

A l'issue des descriptions des pratiques des femmes on peut noter que la consommation de drogues ne se résume pas seulement à une maladie du cerveau (addiction) ou une déviance (fléau social), il s'agit d'un rapport entre un individu, un produit, dans un contexte donné. C'est ce que le concept de la trilogie d'Oliwenstein « la rencontre d'un produit, d'une personne et

d'un moment socio-culturel » nous a permis de constater (Olievenstein 1984). Au-delà de la question morale, médicale ou de santé publique, les pratiques des drogues relèvent d'une expérience, d'un point de rencontre entre les personnes et les produits, situés dans des contextes socio-familiaux, des expériences relationnelles, de mobilités qui les facilitent ou les rendent plus probables. La lecture de cette expérience ne peut se faire sans tenir en compte le contexte social et culturel dans lequel les processus d'entrée dans les drogues se dessinent. On peut alors ici s'interroger sur la particularité de l'usage de drogues au Sénégal et sur la spécificité de l'usage de drogues féminin au Sénégal.

La description et l'analyse des pratiques des drogues au féminin montrent différents usages de produits (héroïne, cocaïne, cannabis, alcool, pions, tramadol). Certaines femmes font une polyconsommation de substances psychoactives (héroïne, cannabis, crack, alcool, tramadol, pions), cependant la cocaïne/crack est la drogue la plus consommée chez les femmes à Dakar et à Mbour. Les substances sont généralement fumées et inhalées, le mode d'administration par l'injection est rare. Toutefois, les comportements (partage de matériel, prostitution, se faire piquer par un autre) des femmes qui ont eu à s'injecter dans leur parcours, les a exposées à des risques de contamination par le VIH et l'hépatite C. Même si la première consommation se fait généralement en compagnie d'autres personnes, la plupart des femmes ont tendance à consommer seules ou dans des cercles restreints pour être plus discrètes. Les pratiques des femmes montrent que ces dernières peuvent adopter des comportements à risque (prostitution, partage de matériel), même si les injectrices sont peu nombreuses. Les femmes consomment dans des lieux comme celui du milieu de la nuit qui induisent l'adoption de comportements qui peuvent exposer à des risques infectieux (rapport sexuel non protégé).

Par ailleurs les récits des trajectoires rendent compte de différents contextes où les pratiques prennent place. Le milieu de vie, le milieu festif et touristique, le contexte de mobilité sont déterminants dans le fil chronologique des trajectoires. Notre étude montre qu'au niveau individuel et familial, certains facteurs jouent un rôle important dans l'engagement d'un style de vie marqué par les drogues. Les événements biographiques retracent des vécus traumatiques où la cohésion familiale est éfratée (séparation, décès, confiage, viol). Ces situations difficiles ont prédisposées les femmes à se tourner vers les pairs et à entrer dans l'usage de drogues. Ces résultats sont proches des facteurs contextuels décrits dans les études disponibles.

La littérature internationale a documenté les trajectoires des femmes usagères de drogues surtout en ce qui concerne l'entrée dans la consommation des drogues, marquées par des abus sexuels dans l'enfance et l'alcoolisation d'un ou des deux parents (Bertrand et Nadeau 2006a).

Une revue de la littérature réalisée par Barrault (2013) sur les spécificités de l'usage de drogues chez les femmes indique que l'abus sexuel et physique pendant l'enfance est un facteur qui prédispose à développer une dépendance aux substances (Barrault 2013). La plupart des femmes ayant des problèmes d'addictions aux drogues auraient été physiquement maltraitées au moins une fois dans leur vie. Les femmes UD rapportent plus souvent que les hommes UD des traumatismes liés à des violences physiques et/ou sexuelles. Cependant l'auteur rapporte que les femmes UD ont plus tendance à avoir des comportements de victimisation et une plus grande vulnérabilité à de nouveaux traumatismes (Barrault 2013). Une recherche menée aux Etats Unies sur les femmes a établi une corrélation fonctionnelle entre les conflits ou les stress familiaux et l'engagement dans l'usage de drogues (O'Hagan et Wilson 2018). L'usage de drogues, initié pendant l'adolescence, est susceptible d'évoluer vers une addiction si le système de soutien familial est faible. Cette étude indique l'importance de relations familiales solides et de systèmes de soutien externes, et montre que l'absence de l'un ou de l'autre peut avoir des implications négatives pour les UD (O'Hagan et Wilson 2018).

In fine, les souffrances familiales apparaissent souvent dans les récits des femmes à propos de leur engagement dans une trajectoire addictive. Pour être préventif, il faut comprendre l'incidence de la première figure de socialisation sur les trajectoires et l'inclure dans les messages de sensibilisation. Pour cela, l'école et la famille devraient être impliquées dans les discussions autour de la problématique des drogues. Il faudrait également renforcer les consultations psychologiques pour les adolescents et les femmes, et les aides notamment en cas de violence. Par ailleurs, les activités de réduction des risques portées par les équipes Outreach devraient être décentralisées et déployées dans les milieux touristiques et festifs et à des heures adéquates. Même si l'usage récréatif n'aboutit pas forcément à une addiction, il comporte des risques d'overdose et de conduites exposant aux maladies infectieuses. En prévention comme en soins, ces spécificités sont à intégrer dans les réponses apportées.

TROISIEME PARTIE : LES ETAPES DES TRAJECTOIRES ET LEURS DÉTERMINANTS

Chapitre 9. Les trajectoires : des prémices à l'engagement dans la consommation de drogues

Introduction

Les raisons qui poussent un individu (homme ou femme) à s'engager et à se maintenir dans la consommation sont multiples. Les motivations varient selon les individus, les produits, les modes d'usages et les événements biographiques (heureux ou malheureux) (Maestracci 2005). Selon Mendreck (2014), les individus ont recours initialement aux drogues comme des produits incluant des médicaments dans l'optique de susciter l'euphorie, se doper (décupler l'énergie ou stimuler la concentration) ou de s'auto-médicamenter pour se soulager de la dépression, de l'anxiété ou de la douleur chronique. Selon Mendreck en France, les garçons et les hommes expérimentent les drogues le plus souvent pour un besoin d'appartenance au groupe, tandis que les filles et les femmes vont utiliser des drogues pour réduire le stress ou la douleur (physique et/ou psychologique). Cela constitue déjà un facteur d'exposition à une progression plus rapide dans la dépendance. L'auto-médicamentation pour un trouble du comportement est un modèle fréquent dans les trajectoires addictives des femmes (Mendrek 2014b).

Un article de Lal et al (2015) rapporte que les femmes en Inde sont généralement initiées à la consommation de drogues illicites par une relation significative comme un petit ami, un partenaire sexuel, un conjoint ou un membre de leur entourage. Les raisons du début de la consommation de substances varient selon les femmes; elles évoquent fréquemment le stress et l'influence des relations dès la première utilisation de drogues (Lal, Deb, et Kedia 2015).

Dans le contexte de l'usage de drogues au Sénégal, existe-il des modalités d'initiation aux drogues spécifiques aux femmes ? Quelles sont les dynamiques de construction des trajectoires des femmes usagères de drogues ? Lors des entrevues, les femmes ont partagé avec nous leur « première fois avec la drogue » ainsi que les motivations à consommer tout au long des trajectoires. Dans ce chapitre, nous allons décrire les différents processus d'initiation dans les consommations chez les femmes et les motivations qui les poussent à progresser dans l'usage. A travers les récits des trajectoires, nous verrons comment certaines se maintiennent dans une consommation régulière alors que d'autres parviennent à limiter et contrôler leur usage.

9.1 Les modalités d'initiation aux drogues

Les femmes que nous avons rencontrées ont été initiées aux drogues suivant quatre différentes modalités: l'initiation par les pairs, à l'insu, par le partenaire et à la suite de prescriptions

médicamenteuses. Pour décrire chaque type d'initiation, nous allons partir d'un extrait de récit de vie des femmes que nous avons interrogées :

9.1.1 Diary, l'initiation par les pairs

Diary est (Ex) consommatrice d'héroïne et de cocaïne. Elle a été initiée par un ami usager de drogues à la prise d'héroïne comme en témoignent les propos suivants :

« Pour la drogue, il y avait un mec qui habitait à Rufisque et qui me considérait comme son amie. Quand il venait, il me confiait un sachet de drogue qui pesait 500 grammes généralement (...) C'était de l'héroïne. Il venait souvent à minuit. Je posais le sachet au-dessus de ma table près de mon lit, je ne savais même pas le danger que ça représentait. Lorsqu'il venait, je lui prêtais un plat et il y mettait ce produit, il sortait des sortes de boules et il les versait dans des paquets. Je lui ai demandé un jour ce que c'est, il me dit que c'est à fumer mais que c'est très dangereux, et puisque je goûtais un peu le chanvre indien (...) donc on a arrêté de parler du sujet. Un jour, il a mis ce produit dans la cigarette, il fume et ensuite il me la passe, quand j'ai fumé, j'étais immédiatement soûle et j'avais des sortes de petites démangeaisons sur tout mon corps (...) je lui demandais de me gratter certaines parties de mon corps qui démangeaient. Le lendemain il est encore venu et on a recommencé à fumer. Au troisième jour, il m'a dit « Ma sœur, il faut que tu arrêtes ça, c'est différent du chanvre indien, si tu ne le prends pas tu seras en manque ». Mais je ne pouvais pas l'entendre. Donc j'ai pris un couteau et j'ai volé une grande quantité. Lorsqu'il s'est rendu compte que la drogue était souvent volée par moi je et que je la fumais le même jour, alors il est venu la récupérer. Un week-end on est parti à la plage et j'avais bu de l'alcool, après quelques moments je suis tombée en crise, et cela était dû à un manque de drogue, j'étais très agressive en ce moment et je me débattais complètement, j'ai même piétiné un des toubabs qui essayaient de me sauver, ce toubab me surnommait par la suite la panthère noire (..). Donc après cela j'ai loué un appartement à la Rue 22 où j'étais hébergée par un couple, la femme est mon amie, elle vient souvent à la boîte. Quand elle venait, on cotisait pour acheter un demi. Des fois quand on n'a pas assez d'argent, on achète un quart, on le met sur une cuillère et chacun de nous tire, c'était pour un peu nous soulager, c'est ce qui m'a poussée à utiliser la drogue dure » Diary, 50 ans

Diary entre dans l'usage de drogues par l'incitation de son ami. Sa prise initiale est guidée par son ami qui lui passe un joint avec un mélange d'héroïne et de cannabis. Par la suite, l'état de manque va la pousser à voler la drogue qui lui était confiée par cet ami consommateur et dealer. A partir de là, elle va progresser vers une trajectoire addictive. On retrouve cette catégorie d'initiation dans le parcours d'autres femmes comme Alima qui a été amenée à consommer par ses fréquentations : « la fréquentation. A force d'être dans un milieu où beaucoup de mes amis le consomment, on finit par hériter de cette habitude. Et on dit souvent que l'habitude est une seconde nature. Mes amis m'ont montré comment faire » Alima (35ans). Ici, il est question

d'une incitation à l'usage mais aussi d'un apprentissage à consommer par les pairs. Si on se réfère aux travaux antérieurs, on peut noter que l'initiation par les pairs est présente dans les parcours initiatiques des hommes et des femmes. Ndione (2017) utilise l'appellation « incitation par un tiers » pour décrire ce modèle. Il rapporte que ce type d'initiation concerne la majorité des usagers interrogés dans son étude. Il explique que ces incitations visent à se créer un groupe de consommateurs entre personnes proches afin de se constituer un milieu où on peut consommer ensemble ou se partager les doses (Ndione 2017).

9.1.2 Bintou, l'initiation à l'insu

Bintou a consommé de l'héroïne et de la cocaïne pendant plus de 20 ans. A notre première rencontre, elle nous raconte la manière dont elle a été entraînée à consommer de la drogue sans le savoir :

« En fait c'est une longue histoire quoi, ce n'est pas parce que je voulais prendre de la drogue, mais avant mon histoire avec la drogue j'avais voyagé, j'étais en Europe, plus précisément en France, j'avais un ami d'enfance qui était de la Médina et moi j'habitais à Rebeuss (...), quand il est parti en Europe, 2 ans plus tard (...) je suis arrivée en France et j'ai fait tout pour le contacter, quand je l'ai rencontré, il était dans le milieu de la drogue, il était vendeur de drogue. On se voyait tous les jours, je savais qu'il vendait de la drogue(...). Mon ami d'enfance-là m'a beaucoup aidée quand on était là-bas, (...) Donc moi je suis rentrée bien avant lui au Sénégal, et quand je suis revenue aussi je ne touchais pas à la drogue. Mais à un certain temps, lui il a eu un problème avec la police, il a été chipé sur la route d'Amsterdam avec beaucoup de drogue qu'il était parti acheter en Hollande, donc (...) il a été quelques temps en prison, donc par la suite on l'a fait revenir au pays. Quand il est revenu au pays, déjà il était accro et il n'avait plus rien quoi. Donc moi je l'aidais souvent, peut-être pour lui payer la dette pour ce qu'il avait fait pour moi en France. Quand il a su que (...) j'avais un appartement et tout, (...) Il m'a « mêlée » quoi comme on dit. C'est-à-dire que quand il venait chez moi, comme je fumais de l'herbe, du cannabis, il le mélangeait avec l'héroïne et on fumait ensemble mais sans pour autant me dire qu'il y avait de l'héroïne dedans. C'est ce qu'on appelle dans le jargon : « miner la personne », pour la faire devenir consommatrice » Bintou, 59 ans

Bintou ne se doute pas qu'elle est en train de consommer de l'héroïne, jusqu'au jour où son ami s'absente et elle commence à ressentir le syndrome de manque. Elle se dit malade, elle n'est donc pas consciente que l'état dans lequel elle se trouve est une conséquence de la privation d'héroïne.

J'ai fumé pendant deux semaines avec lui parce que tous les après-midis presque il venait chez moi, il amenait l'herbe et on fumait ensemble or il mettait de la drogue dedans. Donc (...) il est resté deux jours sans venir à la

maison, là (...) j'étais malade et ma famille pensait que j'avais le palu et tout ça (...). On me donnait des médicaments mais ça n'arrêtait pas quoi. J'ai eu la diarrhée, des vomissements. Donc deux jours plus tard il est revenu, il m'a fait fumer un joint et ça va quoi. Dès que j'ai commencé à fumer avec lui je n'étais plus malade. C'est en ce moment que je lui ai posé la question de savoir, qu'est-ce que tu as mis dans le joint parce que les deux jours que je ne t'ai pas vu j'étais malade et on m'avait même amenée à l'hôpital (...). Donc il m'a fait comprendre que j'étais en état de manque. Je lui ai dit « Mais comment ça se fait, parce que j'ai longtemps fumé de l'herbe mais je ne suis jamais tombée malade, donc tu as dû mettre quelque chose dedans ». Alors il m'a expliqué que c'était un mélange avec l'héroïne. C'est par la suite que j'ai compris qu'il l'a fait exprès, parce que comme moi j'avais plus de sou que lui en ce moment-là, donc il m'a mise dans cet état-là et j'étais obligée d'acheter de la drogue pour qu'on fume tous les deux » Bintou, 59 ans

Dans le jargon des consommateurs de drogues à Dakar, l'initiation à l'insu est nommée **miner la personne**, qui signifie verser de l'héroïne dans un joint de cannabis en cachette dans le but de la rendre dépendante. La personne entre dans la consommation d'héroïne inconsciemment. L'initiation à l'insu est généralement faite par un ami (homme) ou un dealer. Dans les deux cas, elle est sous-tendue par un intérêt économique ou matériel. Le dealer/ami vise à rendre la femme dépendante pour gagner une cliente. « L'ami » veut que la femme soit dépendante pour la subordonner à partager ses doses ou l'utiliser pour qu'elle l'achète son produit. L'initiation à l'insu par un dealer est similaire à ce que Ndione (2017) a décrit dans sa thèse sous le nom « d'initiation par l'économie du trafic » : « L'entrée par le piège du trafic se caractérise par une influence stratégique qui cible des personnes avec des ressources économiques capables de nourrir le trafic » (Ndione 2017). Cette forme d'initiation est décrite par d'autres femmes que nous avons rencontrées comme Nini. Elle été entraîné par un ami/ dealer à consommer comme l'indique les propos suivantes : « Il y avait un dealer qui était amoureux de moi. Il y avait aussi une de mes copines dont son copain utilisait aussi la came⁸⁰, c'est son copain qui m'avait proposée de sortir avec le dealer qui est son ami, et comme ça je pourrais lui demander la came et après je la donne au copain de ma copine. Donc son copain me faisait parfois un joint pour que je le fume. Parfois j'avais mal partout dans mon corps, et c'est après qu'il m'a dit que c'est la came qui fait cela. Mais je lui ai reproché pourquoi il m'a fait consommer ça car je ne savais pas

⁸⁰ Terme émique qui fait référence à l'héroïne

que c'est comme ça que ça se passait. Même lui il est actuellement ici pour boire la méthadone. » Nini, 29ans

9.1.3 Fily, l'initiation par le partenaire amoureux

Fily est consommatrice d'héroïne, de cannabis et d'alcool. Elle a été initiée à la consommation par un partenaire amoureux comme en témoigne les propos suivants :

« On m'a donnée en mariage à un oncle que je n'aimais pas. Le jour de mon mariage, mon mari m'a dévié de force, il y avait des gens qui me tenaient de chaque côté pour qu'il puisse le faire. Après j'ai fugué et je suis restée 7 mois sans coucher avec un homme et c'est après que j'ai eu un rapport sexuel et je suis tombée enceinte (...) J'ai connu un gars à Guinaw Rail, en fait c'est des amies qui m'ont amenée là-bas. C'est une maison où se rassemblaient des jeunes filles qui avaient fugué de chez elles. Le gars il fréquentait la maison et il a commencé à me faire la cour (...) J'étais jeune à l'époque, je devais avoir 14 ou 15 ans. C'est dans cette maison que le gars m'a initiée à l'usage. J'ai appris à consommer de la drogue, on prenait de l'alcool, on consommait du cannabis et de l'héroïne. C'est des baraques qui sont à Pikine, Guinaw Rail avec beaucoup de pièces et j'avais une amie qui avait loué une chambre là-bas et j'étais avec elle. Le soir on consommait notre drogue avec d'autres amis, hommes et femmes. » Fily, 56 ans

L'initiation par le partenaire amoureux ou sexuel est fréquente dans les trajectoires de femmes CDI interrogées dans notre recherche. Cette influence du partenaire par rapport à la prise de drogues peut s'étendre tout au long des trajectoires. Par exemple dans la suite de son récit, Fily va encore se mettre en couple avec un dealer usager de cannabis qui va lui fournir les produits qu'elle utilise. On retrouve ce type d'initiation dans plusieurs récits de vie. Par exemple Dior, Ndiolé a également été entraînée dans l'usage par un petit ami: « C'est un militaire L, qui était à la base de Ouakam qui m'a donné pour la première fois de la drogue. On sortait ensemble et il amenait à chaque fois sa drogue. Donc par la suite j'ai commencé à goûter jusqu'à devenir accro » Ndiolé, 51 ans. Le cas de Fily montre également la manière dont un événement biographique comme un mariage non désiré facilite la rencontre avec un amoureux qui va l'initier à l'usage de drogues.

Ce type d'initiation n'est pas courant pour les hommes. Dans la thèse de Ndione (2019) qui est menée sur une population majoritairement masculine, on retrouve l'incitation par un tiers et l'initiation à l'insu mais celle par le partenaire n'a pas été documentée dans les trajectoires des hommes (Ndione 2017). L'usage de drogues peut souvent jouer un rôle de facilitation dans les interactions sociales. On voit ici l'importance de la trilogie d'Olievenstein : la rencontre d'un individu, d'un produit dans un contexte donné. On peut interpréter que le fait de se laisser initié par un petit ami ou conjoint qui consomme des drogues s'inscrit dans la construction d'une

relation où les femmes veulent se sentir proches de leurs partenaires, dans des contextes où elles se sentent vulnérables. De plus, lorsque la consommation de drogues se développe, les récits montrent que le choix d'un amoureux usager peut faciliter l'accès aux drogues et une compréhension mutuelle, et renvoie à la manière dont la femme rationalise, de manière psycho-affective, l'utilité du produit.

9.1.4 Penda, l'initiation par les prescriptions médicamenteuses

Pour faire face à des douleurs du à sa maladie (drépanocytose), Penda abuse du tramadol qui lui a été prescrit comme antalgique, elle nous raconte son entrée dans l'addiction :

« Je n'ai pas de problème. (...) Mais moi je ne considérais pas ça comme de la drogue mais plutôt comme un remède, un antidouleur, car j'ai de la drépano SS. Donc les médicaments que je prenais étaient des antidouleurs. (...) [Le] Tramadol, je le prenais car les douleurs que j'avais étaient tellement insupportables que je piquais parfois une crise. Donc pour empêcher ces crises, je m'injectais pour diminuer les douleurs. Mais quelque temps plus tard, les gens me disaient que c'est une drogue, alors à partir de ce moment-là, je ne vivais plus en paix avec mon père et mes frères et sœurs, ces derniers me reprochaient souvent d'être une paresseuse et ils ne me respectaient plus. Parfois quand je le prenais ça me soulageait et je restais tranquille à la maison. En fait quand je piquais parfois une crise et que j'allais à l'hôpital, on me le donnait là-bas et on le mettait dans une boîte, et j'avais remarqué que quand je l'utilisais, les douleurs s'arrêtaient automatiquement. Donc un jour, il me restait quelques médicaments de tramadol dans la boîte et je les ai emportés avec moi. Quelques jours après, j'ai encore eu une crise, et là j'ai vu un infirmier qui m'a fait l'injection. Donc depuis lors j'ai réalisé que c'était la solution à mes douleurs et moi je ne supportais pas ces douleurs. Alors à un moment donné, je l'achetais et je me faisais l'injection moi-même parce que je ne pouvais pas voir quelqu'un pour me l'injecter » Penda, 24 ans

Il s'agit d'un usage problématique suite à des prescriptions médicales dans un contexte de douleur. Certaines femmes sont entrées dans l'addiction pour avoir abusé du tramadol qui leur a été prescrit comme antalgique. C'est le cas également de Yacine qui a développé une addiction au tramadol suite à une prescription (cf. Chapitre 7). Ces femmes avaient des douleurs dues à des maladies (drépanocytose, scoliose). Ces consommatrices de Tramadol sont souvent les plus insérées socialement et ne se reconnaissent pas à travers le terme stigmatisant de « drogué ».

9.2 Dynamiques de construction des trajectoires

Les dynamiques de construction des trajectoires semblent pouvoir être appréhendées au travers de paliers marquant l'engagement dans une trajectoire, auxquels sont associées des motivations à consommer.

9.2.1 Les différents paliers de l'engagement dans une trajectoire

Les usagères de drogues identifient 4 niveaux d'engagement dans la consommation, qu'elles désignent généralement par des verbes d'action : Goûter de temps en temps ; Consommer sans être conditionnée par la came ; Vivre avec la came et pour la came ; Amorcer un processus de sortie de l'addiction. Ces caractérisations sont émiques : les termes sont employés par les femmes pour décrire leur statut en termes de consommation.

1. « **Goûter de temps en temps** » : A ce niveau, les usagères consomment de manière occasionnelle et festive. Ce sont notamment les usagères de cocaïne/crack interrogées qui se trouvent dans ce palier. Les jeunes femmes du monde de la nuit et du divertissement s'arrêtent souvent à ce palier. L'usage de substances n'interfère pas avec leurs activités quotidiennes. Les femmes qui se trouvent dans ce palier limitent leur consommation et maintiennent une vie sociale organisée. Elles ne portent pas de stigmates de l'usage, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas un aspect physique affecté par la consommation de drogues. L'usage passe souvent inaperçu dans l'environnement immédiat (famille, réseaux de sociabilité).
2. « **Consommer sans être conditionnée** » : Les femmes se situant dans ce palier disent souvent que leur usage est régulier mais que les drogues ne les conditionnent pas. Généralement, les femmes du monde de la nuit et du divertissement et les femmes rencontrées dans les quartiers populaires et associations de TS évoquent ce stade pour expliquer leur niveau d'engagement. Elles déclarent qu'elles arrivent à gérer leur consommation pour que cela n'évolue pas vers d'autres pathologies. Les femmes estiment ici que l'usage n'a pas d'influence sur leur état de santé. A ce stade la personne ne porte pas de stigmates physiques. L'impact se trouve à un niveau économique et psychique : Il faut avoir de l'argent pour consommer. Celles qui utilisent la cocaïne/crack insistent sur le fait que l'absence de syndrome de manque leur permet de gérer leur consommation. L'important est d'assurer les moyens pour avoir sa drogue de choix et éviter la répression : « Je n'ai aucun problème de santé avec l'usage du crack à part la dépendance. Ça coûte cher et parfois on n'a pas les moyens de l'acheter, ce qui incite les gens à voler pour en acheter. D'autres ont par contre une capacité de maîtrise et peuvent attendre jusqu'à ce que des opportunités se présentent pour l'acheter. Je ne suis pas conditionnée par un timing pour la consommation du crack, je m'adapte en fonction de mes moyens. Je ne suis pas très dépendante, parfois je suis en manque mais je me maîtrise parce que sinon tu peux aller faire n'importe quoi. » Soukeye, 43 ans : « Quand j'ai de l'argent, quand je fais des courses, je prévois que je vais me prendre 1

ou 2 grammes, alors je vais dire que je suis dépendante vu que je prévois de l'argent pour l'acheter. Je ne vais pas te mentir. (...) mais je n'ai pas d'autres problèmes » Atia, 31 ans.

3. « **Vivre avec la *came* et pour la *came*** » : à ce stade, la recherche du produit prime sur les activités quotidiennes de la personne UD. Les femmes qui sont à ce degré d'engagement sont souvent en perte de liens (stigmatisation de la famille, du quartier, divorce, perte de la garde de l'enfant) de telle sorte que les cercles de sociabilité se rétrécissent et les enferment dans des milieux marginaux marqués par la drogue où elles vont avoir des comportements à risque (prostitution, délinquance...). C'est la phase de « junky » ou de « drogué » et elle concerne davantage « les anciennes junkies » et les femmes isolées dépendantes aux médicaments, même si pour cette dernière catégorie, on note un refus du stigmatisme (cf. chapitre 12). « J'ai commencé à changer, j'étais dans une autre vie. Je cherchais tout le temps de l'argent pour le mettre dans la drogue. Finalement, j'ai eu beaucoup de problèmes ». Coura, 34 ans « Auparavant je vivais difficilement avec ma famille et j'étais consciente de cette difficulté. Je n'allais ni aux baptêmes, ni aux funérailles, ni aux autres cérémonies. Je vivais ma vie avec la drogue uniquement » Nini, 29 ans
4. « **Amorcer un processus de sortie de l'addiction** » : A ce stade, les femmes ont demandé de l'aide pour la prise en charge de leur addiction. La plupart sont inscrites dans un processus de sortie des drogues (« anciennes junkies » et femmes isolées dépendantes aux médicaments). Plusieurs stratégies de sevrage dont la substitution sont expérimentées. Commencer à s'en sortir n'exclut pas les re-consommations, les femmes vont faire face à des difficultés ou saisir des opportunités pour s'en sortir. Ce stade recouvre plusieurs possibilités : tentative de sortie avec sevrage volontaire, tentative de sortie avec substitution ou psychothérapie mais épisodes de consommation ou usage d'autres drogues malgré la prise du traitement méthadone : « « J'ai laissé l'héroïne mais je fume encore de la cocaïne. (...) Lorsque j'ai commencé à prendre la méthadone, je me cachais parfois pour fumer un peu de l'héroïne, mais après je l'ai dévoilé à celle-là qui est à la pharmacie et elle m'a recommandé de le dire au Docteur, ce dernier m'a demandé si j'étais en manque ou bien, j'ai dit oui, c'est après qu'il a augmenté ma dose de méthadone. Mais par la suite aussi je continuais ça, et finalement je me suis dit que si je continue comme ça, je risque d'allier la méthadone et l'héroïne et cela va bouleverser mon traitement, ainsi je me suis encore confiée au docteur qui m'a encore

augmenté la dose. C'est à partir de ce moment que j'ai complètement arrêté l'héroïne »
Dior

Ces différents niveaux d'engagement témoignent d'une complexité des trajectoires. Dans leurs parcours, les femmes ne suivent pas toujours de manière linéaire la progression entre niveaux d'engagement. Dès la prise initiale, les étapes peuvent s'enchaîner et évoluer vers la phase ultime de l'addiction. Ce n'est pas toujours le cas, les trajectoires évoluent de manière très dynamique en jonglant parfois entre différents niveaux. Certaines femmes UD peuvent maîtriser leur usage, d'autres peuvent évoluer vers un usage problématique, certaines alternent des périodes d'abstinence et de consommation, d'autres remplacent leur consommation d'héroïne ou de cocaïne par celle d'autres drogues comme le cannabis, etc.

9.2.2. Les motivations à consommer suivant le continuum des trajectoires

Les motivations à consommer les drogues varient tout au long des trajectoires. Si l'influence des pairs ou du partenaire est déterminante pour déclencher les premières consommations de drogues, d'autres raisons vont motiver le maintien dans l'usage. Nous avons identifié les motivations qui font qu'une consommation est poursuivie après les prises initiales, qui semblent relever de six principes :

- **La curiosité= motivation de départ : (processus interactionnel)** La curiosité est une condition qui motive la première prise de drogues. Certaines femmes déclarent qu'elles ont voulu imiter des amis qui consomment, ce qui les a poussées à expérimenter la cocaïne ou l'héroïne. La plupart du temps, les femmes racontent qu'elles ont essayé pour la première fois dans des situations sociales (exemple : pendant une fête) avec des amis et des connaissances. La curiosité apparaît comme un prétexte pour s'initier à l'usage de drogues : « j'ai connu des amis musiciens à cause d'eux j'ai connu la drogue, je les fréquentais toujours avec ma copine. Mais par ma curiosité..., et je les voyais un peu bizarres lorsqu'ils utilisaient cette drogue, donc ils m'ont proposée un jour de me faire découvrir cette chose, c'est comme ça qu'ils m'ont intégrée dans la consommation de la cocaïne. » Amy, 38 ans. La curiosité motive à essayer d'autres produits en vue de découvrir de nouvelles sensations. Ainsi certaines femmes sont passées de l'usage d'un produit à un autre par curiosité.
- **Le plaisir** : les sensations agréables que procurent les drogues (l'excitation et la détente) motivent à poursuivre l'usage. Toutefois, cette dimension du plaisir est très peu citée dans la reconstitution des trajectoires. La plupart du temps, les femmes racontent leur histoire en véhiculant une idée de fatalité selon laquelle elles ont été victimes de

l'incitation d'un tiers. Les récits des femmes les plus engagées dans la drogue avancent qu'à partir du moment où on goûte à un produit, on entre dans un cercle vicieux qui conduit à des situations de vulnérabilité. Par ailleurs, nous avons relevé dans le discours de quelques femmes une motivation à poursuivre la consommation qui est liée à cette notion du plaisir procuré par les drogues : « J'ai commencé à utiliser la cocaïne en le sniffant. Je ne voyais ça que dans les films, j'ai commencé à faire des choses que je n'avais jamais imaginées et je ressentais des sensations nouvelles, agréables, je me disais : 'Mais ce n'était pas possible quand même, y a tout ça dans la vie quand même' à chaque fois que je découvrais un petit produit euh, je disais 'Wouah donc ça, ça existe sur cette terre'... c'était bon au début quand même (rires)... (...) Un plaisir incroyable, c'est agréable au début quand même... » Coura, 34 ans

- **La gestion du stress** : De nombreuses femmes ont évoqué le stress comme source de motivation à consommer les drogues. Le fait de vouloir oublier les problèmes de la vie, de faire face aux difficultés du quotidien est fréquemment cité. Pour ces femmes, les produits aident à supporter certaines situations, les événements traumatiques qui les plongent dans un état émotionnel désagréable : « Il y a des problèmes parfois qui vous submergent et qui vous poussent à consommer de la drogue. J'étais seule et sans aide après le décès de mes parents, le viol aussi, tous ces événements m'ont bousculée. (...) Bon, j'étais un peu allumée, mais je me suis sentie bien. J'étais tranquille, contente quand je l'ai sniffé. Le fait d'être soulagée, d'oublier, de penser à autre chose, voilà quoi, de ne pas être triste, de ne plus penser à des problèmes » Soukeye, 43 ans. « Je me sens bien quand je consomme, ça me soulage et ça m'apaise quand je suis fâchée. » Daba, 47 ans « En fait, j'ai essayé à plusieurs reprises d'arrêter la cocaïne, parce qu'elle n'a pas un traitement comme celui de la méthadone, donc le médecin m'a recommandé de boire des médicaments qui diminuent l'envie de la cocaïne. Donc je suis restée 6 mois sans prendre la cocaïne, mais un jour j'ai recommencé. (...) En ce moment-là, les problèmes étaient trop pour moi, parce que quand on m'a annoncé le VIH, et aussi j'avais un copain qui devait m'épouser et les médecins m'ont dit de lui annoncer la nouvelle avant le mariage, et moi je ne voulais aucunement qu'il le sache, et donc tout ce pétrin m'a poussée à recommencer l'usage de la cocaïne. Je pensais trop à ces problèmes et j'étais obligée d'aller chercher de l'argent pour pouvoir acheter la drogue et les oublier. » Amy, 38 ans, « Souvent aussi, c'est pour oublier les soucis. Vous savez, dès fois c'est la conjoncture qui est à l'origine de beaucoup de vices. Quand je prends le

caba⁸¹, je parviens à oublier tous mes problèmes. Tout se passe comme si j'étais au paradis. »

- **Le soulagement de symptômes** : Certaines femmes prennent des drogues pour se soulager de certaines manifestations somatiques (douleurs intenses, insomnies, perte d'appétit). Ce type de motivation concerne davantage le tramadol, les médicaments psychotropes et le cannabis.
- **L'état de manque** : Cet état survient quand l'accoutumance s'installe. Les femmes qui ont cité ce type de motivations sont celles qui se sont engagées dans une trajectoire addictive. La souffrance physique provoquée par la dépendance pousse à aller rechercher le produit pour satisfaire un besoin quotidien de prise d'héroïne.
- **La sexualité** : quelques femmes interrogées ont déclaré qu'un effet sur la libido est une source de motivation pour elles. Pour ces femmes la consommation de substances joue deux rôles dans la sexualité : soit elle agit comme un aphrodisiaque, soit le plaisir qu'elle procure peut remplacer la jouissance sexuelle : « Quand je consomme le chanvre j'ai envie de faire l'amour, c'est pareil aussi pour la cocaïne. Parfois je pars voir mon copain quand j'en consomme. » Lena, 30 ans « Parce qu'aussi le Xeer (crack) est très cool et très bon, parce qu'il y a des hommes qui préfèrent même ne pas se marier et plutôt avoir la coke comme épouse » Diéry, 32 ans
- **L'influence du milieu** : Plusieurs femmes ont souligné l'influence du milieu où elles se trouvent comme une raison principale à poursuivre la consommation. Les femmes soulignent que le fait d'être dans un environnement où la drogue est accessible représente une tentation à re-consommer au fil des parcours : « Non, je ne sais pas pourquoi je l'ai repris, parce qu'après j'ai eu une copine qui le prenait et je l'ai repris. Peut-être que je l'ai repris parce que je le connaissais déjà, j'en sais rien. Ou peut-être que c'était par complexe, j'en sais rien, parce qu'après tous mes amis le prenaient et ils se cachaient pas de moi, la plupart du temps on était ensemble. Peut-être que ça m'a incitée à faire comme eux. » Atia, 31 ans

Ces motivations sont engagées séparément ou simultanément. Elles correspondent à des expériences recherchées : la capacité hédonique des produits (poursuite du plaisir), la socialisation (l'usage s'inscrit dans des contextes socioculturels, recherche de convivialité) et la capacité thérapeutique des substances (l'expérience apaisante des douleurs et des émotions

⁸¹ Terme émique qui fait référence au crack

négatives). Ces différentes motivations des femmes à consommer tout au long des trajectoires permettent de comprendre les schémas d'engagements dans la prise de drogues.

Conclusion

Ce chapitre montre qu'il existe différentes modalités d'initiation dans la consommation de drogues chez les femmes CDI, qui peuvent être regroupées en quatre catégories : l'initiation par les pairs, l'initiation à l'insu, l'initiation par le partenaire, l'initiation par les prescriptions médicamenteuses. Le début de la consommation de substances et la progression des trajectoires de consommation de drogues impliquent diverses motivations qui diffèrent d'une femme à une autre. Généralement les femmes évoquent le stress, l'état de manque, le soulagement des douleurs, le plaisir...etc. comme étant à la base de la poursuite de la consommation.

En confrontant nos données avec les travaux antérieurs de Ndione (2017), on peut affirmer que l'initiation à l'insu, l'initiation par le partenaire et l'initiation par la maladie sont des modèles d'entrée dans les drogues spécifiques aux femmes. Ainsi l'initiation à l'insu est souvent faite par un ami UD ou en dealer qui est motivé par un éventuel profit (drogues ou argent) qu'il peut en tirer en l'inscrivant dans une trajectoire addictive. Cela consiste à « miner » la personne en lui donnant des joints de chanvre saupoudrés d'héroïne, dont le goût n'est pas détectable à la consommation (Ndione 2017).

D'autres recherches établissent également le rôle du partenaire amoureux dans les parcours initiatiques, ce qui à notre connaissance n'est pas rapporté pour les hommes. Une étude de Mburu et al (2019) menée au Kenya montre que les femmes parlent fréquemment de leur partenaire amoureux pour raconter l'initiation et la progression dans l'usage de drogues suivant leurs trajectoires. Ces auteurs rapportent que l'initiation par un amoureux aux drogues injectables a souvent lieu quand les femmes sont jeunes. L'homme fournit souvent des drogues et la femme devient dépendante de lui pour les produits (Mburu, Limmer, et Holland 2019).

La littérature internationale sur la prescription et la consommation des médicaments opioïdes montre que celle-ci est spécifiquement liée au taux de prescription des médecins, aux modèles de consommation des femmes et à l'expérience personnelle des femmes pharmacodépendantes (Nadeau 1979). Les profils sociaux et les récits d'entrée par les prescriptions médicamenteuses chez des jeunes femmes prises en charge au CEPIAD montre que l'addiction aux opiacés peut concerner « n'importe quelle personne » de la population générale. Ce type d'entrée n'a pas été documenté auprès des hommes dans la thèse de Ndione (2017). Le rapport des Nations-Unies pour la drogue et le crime en 2018 révèle une épidémie attestée de consommation des opioïdes

au Nord, et montre des signes d'une menace en Afrique de l'ouest (ONUDC 2018). La consommation débute par la prescription légale d'un antidouleur puis évolue vers une addiction (l'épidémie est dite « iatrogène »), et certains consommateurs s'approvisionnent sur le marché informel. Le rapport de l'ONUDC mentionne 70 à 100 000 morts annuelles d'overdose aux Etats-Unis, de médicaments anti-douleurs (oxycodone, fentanyl, carfentanyl) dont la moitié est prescrite. Les données disponibles montrent que le Canada est également concerné par un grand nombre de décès par surdose liés au fentanyl. Les régions d'Afrique de l'Ouest, du Centre et du Nord font face à une crise liée au tramadol. Des saisies importantes témoignent également d'un usage non médical du tramadol en Afrique de l'Ouest (ONUDC 2018). Ainsi, une étude menée au Niger auprès des jeunes par Maiga (2012) révèle un développement de la consommation de tramadol. Cette recherche indique que toutes les catégories sociodémographiques sont représentées parmi les personnes usagères de tramadol ; 60% des personnes enquêtées sont de sexe masculin et 18% de sexe féminin. Le tramadol consommé provenait des « pharmacies par terre » (marché informel). Le développement de l'addiction au tramadol au Niger est corrélé dans cette étude à la prolifération des « pharmacies par terre » qui représentent un circuit de distribution de médicaments illicites (Maiga et al. 2012). Un article de Tisseron (2017) indique que les données sur la consommation de Tramadol en Afrique de l'Ouest sont limitées. Cependant, il rapporte que l'usage abusif de cet anti-douleur a fortement augmenté, notamment au Mali, au Niger et au Burkina Faso. Depuis quelques années, dans la ville de Gao au Niger, un nombre croissant de jeunes hommes et femmes consomment des comprimés assimilés à des médicaments opioïdes. Cet article rapporte que 71% des consommateurs d'opiacés au Niger utilisent le tramadol. Ce succès est expliqué par le moindre coût du médicament qui est vendu dans la rue entre 10 et 50 CFA, soit un montant bien inférieur aux produits comme la cocaïne et l'héroïne (Tisseron 2017). Un reportage réalisé au Togo par ARTE, montre que les conducteurs de motos ont recours à un usage détourné du Tramadol pour mieux travailler et supporter l'épuisement. Le Tramadol est disponible dans la rue auprès de petits revendeurs (ARTE 2019).

Les résultats de ce chapitre suggèrent d'approfondir dans les recherches futures la question de l'entrée dans l'addiction par les prescriptions médicales. Des études plus poussées devraient être menées sur les usages du tramadol en Afrique de l'Ouest.

Chapitre 10. Des usagères de drogues soumises à plusieurs vulnérabilités: le travail sexuel, l’incarcération, la relation de couple, la stigmatisation, la maternité

Introduction

Notre revue de la littérature sur les femmes face aux addictions (cf. chapitre 2) montre que certaines études disponibles se sont intéressées à la vulnérabilité des femmes CDI à travers le monde. Les enquêtes de prévalence menées en Afrique de l’Ouest ont documenté la vulnérabilité aux risques infectieux liés aux addictions. Ces enquêtes montrent que les femmes CDI sont plus exposées que les hommes au risque de contamination par le VIH, les hépatites virales et les maladies sexuellement transmissibles. Ces recherches décrivent que les femmes qui consomment des drogues ont parfois plusieurs partenaires sexuels, y compris des clients du travail du sexe. Plusieurs d’entre elles ont eu des rapports sexuels non protégés et certaines ont été exposées à plusieurs types de violence (Leprêtre et al. 2015; J. Bouscaillou et al. 2016; Ekouevi et al. 2013b). Dans d’autres contextes, certains écrits font état d’une **vulnérabilité biologique** aux drogues plus élevée chez la femme⁸².

Des auteurs ont décrit une **vulnérabilité psychosociale** des femmes consommatrices de drogues qui s’inscrivent très souvent dans une dépendance relationnelle quand elles sont en couple. De nombreuses femmes ont commencé à consommer avec un partenaire UD (Jauffret-Roustide et al. 2008; Mendrek 2014). Des représentations sociales des femmes documentées en Europe témoignent d’une **vulnérabilité sociale** des consommatrices de drogues. Les perceptions négatives relatives aux rôles des femmes et à leur identité féminine fragilisent les usagères de drogues. Dans la littérature, elles sont souvent assimilées à des femmes fragiles et déchues de leurs rôles féminins et sont plus stigmatisées que les hommes (Dupertuis 2006).

Des études montrent que la criminalisation de l’usage de drogue limite directement ou indirectement l’accès aux soins des femmes qui utilisent les drogues. Les femmes UD sont souvent perçues comme étant doublement déviantes : aux yeux de la loi du fait de leur statut d’usagères et aussi par rapport aux normes de genre relatives à la sexualité, à la procréation et à la maternité. Les femmes sont confrontées à des lois punissant les drogues, à des taux croissants d’incarcération liés à la drogue et à un accès limité aux services de réduction des

⁸² La consommation de drogues (opiacés) pendant la grossesse peut provoquer des accouchements prématurés avec des enfants ayant petits poids de naissance. Si la mère consomme, le nouveau-né est rapidement en état de manque appelé syndrome de sevrage du nourrisson.(Pourette 2011; Simmat-Durand et al. 2013).

risques. Aux Etats-Unis et au Canada, on note l'augmentation du nombre des surdoses d'opioïdes contenant du fentanyl, en particulier parmi les femmes pauvres, sans-abri, transgenres et autochtones. Ces situations les rendent vulnérables aux vols et aux agressions physiques et / ou sexuelles, souvent de la part des mêmes hommes qui leur ont offert les drogues (Boyd 2004b; Valencia et al. 2020). En raison de la rareté actuelle et de la pertinence de ces informations dans le contexte de réduction des risques au Sénégal, dans ce chapitre nous nous proposons de décrire et d'analyser les différentes situations de vulnérabilité que traversent les trajectoires des femmes CDI rencontrées à Dakar et à Mbour.

10.1 Le travail sexuel

10.1.1 Travailleuses du sexe professionnelles ou clandestines ?

Toutes les femmes qui consomment les drogues ne sont pas des travailleuses du sexe. Cependant il arrive que dans certaines trajectoires, l'usage de drogues et la prostitution se superposent. L'expression *Genn* en wolof est le terme utilisé par les femmes pour nommer l'activité de prostitution. Sa traduction littérale renvoie au mot *sortir* en français. Au Sénégal, la prostitution est tolérée par la loi, pour la pratiquer il faut s'inscrire au fichier sanitaire et social. Après l'inscription, la Travailleuse du sexe (TS) est dotée d'un carnet sanitaire où sont notées les visites médicales et les contrôles gynécologiques. Les TS qui ne font pas cette démarche d'identification sont considérées comme *clandestines* et peuvent tomber sous le coup du délit pour défaut de carnet sanitaire. Les propos suivants montrent que l'inscription au fichier sanitaire pour les femmes n'est pas seulement motivée par le besoin de bénéficier de conseils de santé et d'un suivi sanitaire afin de se protéger des maladies infectieuses. Cette démarche est aussi guidée par le souci d'échapper aux interpellations policières et à la prison et au besoin d'être reconnue comme professionnelle du sexe auprès des pairs afin de pouvoir exercer plus librement dans le milieu du divertissement :

«Ayant peur de la police et de certaines maladies, j'ai réglé une carte pour mieux me protéger. Je faisais aussi des visites médicales. (...) J'ai fait presque 5 à 6 ans dans la prostitution. Mais quand même j'ai tous mes papiers pour la prostitution et c'est pour cette raison que je ne suis jamais allée en prison » Nini, 29 ans.

« Dans les années où j'étais dans la boîte de nuit. (...) [Le carnet de santé pour la prostitution], je l'avais uniquement parce que comme j'étais en séparation de corps avec mon mari, alors j'ai décidé de rester à Mbour. Par la suite je fréquentais un bar qui appartenait à un ami de mon père, alors les femmes qui sont là-bas ignoraient ce que je faisais là, elles ne me voyaient pas sortir avec un homme et elles ont interprété que je suis une lesbienne, d'autres pensaient que je suis une policière. Alors elles sont allées à

Polyclinique pour dénoncer qu'il y a une femme qui est dans le bar et qui est bizarre, et pourtant je plaisais à tous les mecs qui fréquentaient ce milieu, j'étais très belle, ils voulaient à chaque fois faire ma connaissance alors que beaucoup d'entre eux ont une copine là-bas, donc il y avait de la jalousie. Donc la dame qui logeait à l'appartement au-dessus du bar m'a appelée un jour pour me demander si je suis une prostituée (...) et elle m'a recommandé d'apporter ma photo pour qu'on me fasse un carnet. C'est pour cette raison que j'ai obtenu un carnet » Diary, 50 ans

« En fait j'étais sortie... j'étais partie en ville, dans des bars (...), ensuite j'ai fait le trottoir vers le restaurant Ali Baba, la police nous a trouvées là-bas et nous a dit qu'on était en train de racoler. Moi je ne savais même pas ce que ça voulait dire. Les filles avec qui j'étais m'ont dit : « Donc tu n'as pas de pièces ? » je leur ai répondu : « C'est quoi pièces ? Moi j'ai ma carte d'identité », c'est là qu'elles m'ont expliqué qu'elles me parlaient du carnet de santé et m'ont orientée vers la polyclinique ». Daba, 46 ans

Cependant toutes les femmes TS/CDI ne font pas cette démarche d'inscription au fichier sanitaire. Certaines parmi elles exercent dans la clandestinité ou ne s'identifient pas comme des TS en justifiant qu'elles pratiquent uniquement le multi-partenariat ou une sexualité transactionnelle :

« Parfois, je mettais la main sur quelqu'un de bien, qui est assuré et qui peut subvenir à mes besoins et je restais avec lui pendant un temps, mais je n'en ai jamais fait une profession. » Tabara, 53 ans

« Bon, j'ai commis ces bêtises (...) je pense dans le cadre du travail que je faisais à l'hôtel et tout, quand je croisais quelqu'un qui me proposait beaucoup d'argent pour passer du temps avec moi, alors on partait ensemble à l'hôtel. (...) je n'ai jamais eu de carnet sanitaire » Lena, 30 ans

A travers les propos précédents, on se rend compte que cette qualification de la clandestinité recouvre un ensemble de pratiques complexes allant de la prostitution « à la passe », à des rapports sexuels occasionnels pour de la drogue ou de l'argent, au *mbaraan* (multi-partenariat). Comme le dit Fouquet, « La clandestinité est une stratégie qui permet de synthétiser des rôles parfois opposés ou très distants (« prostituée », « jeune femme encore vierge et mariable », « fêtarde branchée et dégourdie », « fille sérieuse mais occidentalisée »...), de manipuler son image pour tirer profit des occasions : autant de « savoir-faire », indexés à des « savoir être », qui ouvrent certains possibles, autorisent l'accès à certains gains matériels et symboliques » (Fouquet 2007). Notre travail d'immersion dans le milieu de la nuit et du divertissement nous a permis d'observer et de comprendre les multiples pratiques que recouvre la clandestinité. Parmi les femmes usagères de drogues, certaines se prostituent régulièrement, d'autres travaillant dans les bars, restaurants, hôtels, salon de bien être, le font de manière occasionnelle : « Au salon de massage, on a des fois des clients qui demandent plus, c'est

pourquoi je garde toujours des préservatifs avec moi au cas où... ». Certaines évoluent dans le milieu touristique et font du mbaraan. Le choix d'avoir de multiples partenaires s'inscrit dans une logique de recherche d'un petit ami, un potentiel mari (Européen ou riche africain) qui pourrait subvenir à leurs besoins.

10.1.2 Le lien entre prostitution et usage de drogues : un lien complexe et circulaire

Dans la littérature, il n'est pas rare que les femmes UD, qui peuvent avoir des options de travail limitées, s'engagent dans le travail du sexe pour subvenir aux besoins de leur partenaire ou de leurs enfants. Pour les femmes que nous avons rencontrées, la prostitution peut être conjoncturelle ou transitoire, suivant l'itinéraire d'addiction.

Pour certaines femmes, la prostitution est un moyen de subsistance qui peut entraîner l'adoption d'autres pratiques déviantes. L'engagement dans la trajectoire de prostitution précède l'usage de drogues. Ces femmes généralement issues de milieu social défavorisé avaient déjà opté pour cette activité pour subvenir à leurs besoins (absence de soutien, décès des parents). C'est au cours de leur trajectoire de prostitution qu'elles vont faire la rencontre avec les produits (alcool, cannabis, drogues injectables) comme en témoignent ces propos :

« Je l'ai fait [prostitution] après les incidents que j'ai subis avec le décès de mes parents, je ne savais pas où donner de la tête, du coup j'ai commencé à faire la prostitution. (..)Bon, je ne le faisais pas à temps plein, parfois je le faisais parfois je restais longtemps sans le faire (...) C'est parce que parfois les toubabs peuvent être attirés par toi et ils te proposent beaucoup d'argent. C'est ça qui m'a incitée à la prostitution. (..) Je pense que c'est en 2015 que j'ai fait la prostitution pour la première fois. » Soukeye, 43 ans

Pour d'autres, la prostitution est pratiquée au cours de la trajectoire d'usage pour permettre d'échapper au syndrome de manque et d'assurer l'achat de la drogue de choix, pour maintenir sa dépendance et celle de son partenaire dans une optique de le soutenir. Ici, c'est l'usage de drogues qui précède la prostitution :

« J'ai commencé à me prostituer parce que la drogue vous conditionne. Quand vous êtes en manque, vous vous débrouillez par tous les moyens pour vous soigner » Coumba. 34 ans

« Quand je fumais la came je la menais [prostitution], c'était pour pouvoir acheter la came. Mais je suis allée à la polyclinique pour chercher une carte, et chaque mois j'allais là-bas voir M. J pour faire de la visite, j'avais un carnet. (..) C'est la came qui est antérieure à la prostitution. [J'ai arrêté] depuis que j'ai commencé à prendre la méthadone (...) c'est quand je suis entrée dans la came que j'ai débuté l'activité de prostitution. Mais avant la came je ne sortais même pas. Mais quand même j'ai tous mes papiers pour la prostitution et c'est pour cette raison que je ne suis jamais allée en prison (...)

On me prenait en charge à la polyclinique et je faisais partie du groupe AWA. Depuis le début jusqu'à la fin de ma carrière de prostitution, je n'ai jamais eu d'ordonnance. Je respectais mes visites et je respectais le travail. Quand je n'ai pas confiance à un homme, je lui remets son argent et je lui dis de repartir. Quand parfois j'inverse le préservatif, je l'enlève immédiatement et je le jette, même si c'est le seul qui me reste, je prends la peine d'aller acheter un autre, parce qu'en inversant la capote, si tu le remets normalement, tu vas te rendre compte que la partie extérieure a déjà touché le sexe de l'homme et que ça doit entrer dans le tien, donc il pourrait te transmettre une maladie. Parfois je demande des capotes pour les garder dans ma chambre » Nini, 29 ans

En revanche, quelques femmes expliquent qu'elles ont pratiqué la prostitution de manière transitoire comme moyen de subsistance suivant leur parcours d'usage. La prostitution est pratiquée dans certains cas lorsque que le conjoint décède et que la femme doit se débrouiller pour prendre en charge ses enfants ou pour gérer les besoins ponctuels. La plupart du temps, les femmes pratiquent le multi-partenariat en cachette quand elles prennent de l'âge pour subvenir à leurs besoins :

« J'ai mené la prostitution il y a 7 ans quand mon mari est décédé. Je l'ai fait pendant 3 ans ou 4 ans, parce que je n'avais plus aucun soutien » Soda, 50 ans

« Moi je n'avais pas l'habitude d'avoir plusieurs partenaires, je vivais avec quelqu'un et si on se quitte alors je sors avec quelqu'un d'autre. Mais quand je suis devenue un peu âgée, je ne pouvais pas m'empêcher de ne pas la pratiquer car les hommes ne me laissent pas tranquille (...) mais je sais que si tu sors avec plusieurs mecs, on ne pourra pas te respecter, donc même si je sors parfois, je le fais en cachette pour avoir de quoi subsister » Tabara, 53 ans

La prostitution n'est pas toujours exercée de façon continue dans les trajectoires. Les femmes ne sont pas toutes prostituées tout au long d'une année par exemple. Il y a parfois des moments de rupture, de remise en cause ou de périodes de pause, par exemple durant le mois du Ramadan, comme en témoigne l'extrait suivant :

« A ce que je retienne, c'est à partir de 1987 que j'ai commencé à faire certaines choses. En cette année j'ai commencé à utiliser la came (...) J'avais eu un carnet de santé (...) mais je l'ai rendu par la suite, J'ai arrêté le travail parfois parce qu'il arrive des moments où je me dis qu'il faut que j'arrête tout et laisser tout dans la main divine, mais malheureusement parfois j'ai besoin d'argent et je me retourne dans ces choses. Par exemple, vous savez, ce mois de Ramadan n'est pas un mois dans lequel on doit faire de mauvaises choses, et la plupart des gens jeûnent, ce qui fait que même quand on sort on ne voit personne, j'ai passé tout le mois de Ramadan sans aller avec un homme (...) En ce moment (...) je n'ai pas encore commencé (...) J'aimerais parfois le régler encore mais il y a ma conscience qui me dit d'arrêter de m'activer dans ce travail, mais de l'autre côté ça me dit de régler un carnet car il y a les

policiers qui raflent souvent et ils demandent un carnet de santé s'ils te trouvent dans des milieux comme les bars car ils savent que tu es une prostituée » Ndiolé, 50 ans

Le travail sexuel combiné à l'usage de drogues fragilise davantage la santé des femmes usagères de drogues. Certaines femmes UD qui ont eu une expérience de prostitution clandestine et qui ont des comorbidités (VIH, tuberculose) relient leur statut aux prises de risques dans le travail sexuel (non port du préservatif) sous l'emprise des drogues. Ces femmes ont mentionné notamment une consommation de drogues avec le client lorsqu'il le souhaite, pouvant aboutir à un oubli pour exiger le port du préservatif ou une perte de contrôle de soi lorsqu'on est sous défonce. Les extraits suivants illustrent cette vulnérabilité par rapport au VIH et aux autres maladies infectieuses et de cette absence de conscience du risque avant l'arrivée de la réduction des risques :

« Lorsque je faisais l'activité de prostitution et en même temps l'usage de la drogue, j'en ai tiré une maladie qui est le VIH Sida (...) parce que quand je faisais cela, je ne réfléchissais pas, je ne voyais qu'avoir de la drogue, donc c'est uniquement l'argent qui m'intéressait, on ne réfléchissait pas sur la personne avec qui on doit faire les rapports ou bien si on doit utiliser les préservatifs. Au niveau des scènes de drogues aussi, il y avait une pipe avec laquelle on fumait, je pense que j'ai attrapé la tuberculose à cause de cela, parce que si tu as ta cocaïne, tu te presses pour prendre la pipe et fumer et tu ne soucies même pas des personnes qui l'ont déjà utilisée. En ce temps, je ne savais pas ce que c'était la réduction des risques... [Au début du programme] quand j'étais sous l'effet de la drogue, je ne me souciais pas si j'ai le VIH ou non, mais même quand j'ai su que je l'avais, je faisais quand même des rapports sans me protéger (...) Des fois je le faisais mais c'est en général lorsque je n'ai pas encore pris ma drogue, maintenant je conseille à l'homme de se protéger. Mais il y a des gars qui refusaient de se protéger et moi je ne pouvais pas leur dire mon problème. Mais lorsque je consommais, je m'en foutais. » Amy, 38 ans

« Je ne sais pas si c'est dû à la prostitution ou bien à la drogue. Quand je me droguais, je ne me shootais pas mais j'étais avec des gens qui le faisaient. Moi je n'ai jamais shooté et je n'ai jamais sniffé, je ne faisais que fumer. Et en ce moment j'entendais dire que ceux qui s'injectaient avaient souvent la maladie, et moi je n'ai jamais fait ça. C'est pourquoi je pense que peut-être que c'est dû à la prostitution parce que je le faisais de manière clandestine » Soda, 50 ans

« Moi j'ai eu que la tuberculose peut-être parce que je partageais le matériel de consommation avec des clients parfois (...) Il y a un client (...). Il m'a fait fumer la cocaïne cette nuit-là et c'était ma première. Mais en ce moment je croyais que la cocaïne n'offrait que du plaisir, je ne savais pas que ça allait entrer dans mon sang. Donc à partir de là, il m'appelait toujours pour me demander de le rejoindre là-bas, et je le fréquentais pendant deux mois » Dior

Par ailleurs, la plupart des femmes UD/TS qui ont eu à s'inscrire au fichier sanitaire ont bénéficié d'un suivi de leur état de santé dans des institutions de soins comme la polyclinique de Médina. D'autres ont accès à des conseils de prévention, de dépistage VIH auprès des associations communautaires comme AWA, Enda santé et l'ANCS. Dans les récits, il apparaît que ces femmes gèrent mieux leur santé et sont moins touchées par le VIH, les hépatites et la tuberculose.

En résumé, les données montrent que même si le travail sexuel ne concerne pas la totalité de femmes rencontrées, c'est un élément important sous-jacent aux trajectoires de femmes UD. On observe dans les trajectoires une superposition entre l'usage de drogues et la prostitution (qui peut aussi occasionnel, d'où la difficulté de les ranger dans la catégorie de travailleuses du sexe). De plus, le travail sexuel est un facteur de risque supplémentaire pour le VIH et les autres maladies infectieuses chez les femmes UD. Les femmes sont susceptibles de contracter le VIH par voie sexuelle avec l'utilisation non systématique du préservatif et la multiplicité de leurs partenaires sexuels.

10.2 L'incarcération

10.2.1 Sanctions pour l'usage de drogues

Certaines femmes sont connues des services de polices. Elles ont été interpellées plusieurs fois ou ont été poursuivies pour délit de possession de drogues ou pour état d'ivresse. Les femmes concernées ont été incarcérées avec des peines n'excédant pas trois mois pour possession de drogues :

« J'ai été prise à deux reprises dans une rafle de police. C'était une rafle générale. Quand on m'a pris, j'ai dit aux policiers pourquoi ils m'ont pris ? Ils m'ont dit qu'ils vont me libérer une fois qu'on sera au commissariat. Ce qui n'a pas été le cas, le lendemain ils ont tapé le PV et m'ont dit qu'ils vont me déférer. J'ai appelé ma mère pour l'aviser, elle m'a dit où je me trouvais, je lui ai dit à la police centrale, elle m'a demandé pourquoi on m'a arrêtée, je lui ai dit que c'était une rafle générale, elle m'a demandé si je n'avais pas ma pièce d'identité, je lui ai dit oh que si. Elle m'a dit qu'elle arrive. Une fois arrivée elle demande au niveau de la réception, on lui a confirmé que j'ai bien été pris dans la rafle, elle a demandé si c'était pour un motif de drogue, on lui a dit non, c'est parce que j'étais ivre mais n'empêche qu'on va me déférer. Ma mère les a suppliés de ne pas me déférer comme c'était juste parce que j'étais ivre. Quand je me suis retrouvée au tribunal, j'ai écopé de 1 mois de prison. 5 ans après ma sortie de prison, j'ai été prise encore dans une rafle pour laquelle j'avais été encore emprisonnée pendant 15 jours. Ils m'ont pris parce qu'ils pensaient que j'avais dans mon sac de la drogue. Je ne me promène jamais avec des produits prohibés dans mon sac (...) J'ai avisé ma

mère qui est venue aussitôt, quand elle a demandé pourquoi ils me déferrent ils lui ont dit que je faisais du racolage ». Fatima, 43 ans

« J'étais en compagnie d'une copine à la plage de NGor, elle est même décédée maintenant. Je ne savais même pas qu'elle avait le cannabis avec elle à la plage. Je suis allée me baigner, quand je suis revenue m'asseoir sur les roches, elle a allumé un joint, on se passait le joint pour fumer à tour de rôle. Là j'ai vu un homme faire des allers-retours sur la plage, feignant de faire du sport, je ne savais pas qu'il était policier mais il nous a vu fumer. Quand ma copine a jeté le joint, il est venu se présenter à nous, il a constaté le joint et nous a amenées au poste de police de NGor, nous avons essayé de nous en tirer par la médiation mais ils ont fait appel à la police de Ouakam pour venir nous prendre. Une fois au tribunal, ma copine a été libérée mais moi on m'a déférée puisque c'est moi qui avais le joint en main » Néné, 50 ans

L'incarcération des femmes pour possession de drogues est la conséquence d'une approche punitive dominante qui prévaut au Sénégal et dans la plupart des pays de la région. Les conventions internationales dont le Sénégal est signataire, ainsi que la loi Latif Gueye, appellent au recours à l'incarcération des personnes qui consomment les drogues. Même si l'article 120 du code des drogues parle du traitement comme complément ou remplacement de la peine (injonction thérapeutique) cette disposition est rarement utilisée. Aucune des femmes que nous avons interrogées n'a bénéficié d'une injonction thérapeutique au cours de sa trajectoire. La possession de drogues est généralement punie par l'emprisonnement ou la détention provisoire. Or les longues détentions provisoires installent les femmes dans des trajectoires de socialisation d'une carrière déviante plus poussée, l'expérience de la prison étant singulière. L'incarcération n'aide pas systématiquement les UD quant à la sortie de l'addiction, elle installe davantage les femmes dans la trajectoire de consommation. Comme le montre des travaux ethnographiques réalisés en Afrique sur les prisons, les longues détentions provisoires et les conditions de vie précaires dans le milieu carcéral (surpopulation, violence, sous équipements, insuffisance de ressources humaines, promiscuité, manque d'hygiène...), témoignent des limites du fonctionnement des prisons en Afrique (Faye 2017; Marcis et Faye 2019). Pour désengorger les prisons et offrir un traitement adéquat aux UD, les politiques pénales devraient revoir législations sur les drogues et les violences faites aux femmes et réfléchir davantage à des peines alternatives.

Cependant quelques femmes ont relaté des cas d'empathie de la part des femmes policières ou juges qui les ont acquittées, notamment lorsqu'elles étaient en situation d'allaitement.

Par ailleurs les femmes CDI qui ont fait un séjour en prison ont rapporté les conditions difficiles de détention pour les femmes. La prise en charge de l'addiction n'étant pas développée dans les

maisons d'arrêts au Sénégal, la gestion du manque est problématique. Elles ont rapporté des situations où elles ont été stigmatisées et mises à l'écart par leurs camarades de chambres :

« En prison, il n'y a aucun médicament qu'on donne et cela est très dur dans la mesure où parfois on est dans un grave état de manque. Je sais le paracétamol on peut te le donner là-bas, mais par exemple un médicament qui pourrait combler ton manque je ne le vois pas (...) Après j'ai tenté de me suicider en prison car j'étais trop fatiguée, je vomissais à cause du manque. On me fuyait dans la chambre car je dégoûtai les gens. Par la suite ma famille est venue me rendre visite et on m'a amenée à l'hôpital et c'est là que j'ai terminé ma peine de prison, je suis restée trois mois là-bas au pavillon spécial de l'hôpital Principal » Sokhna, 50 ans

Un rapport publié par l'Association des Juristes Sénégalaises (AJS) va dans le même sens que les données que nous avons recueillies. Ce rapport montre que 31% des femmes incarcérées le sont pour trafic de stupéfiants au Sénégal. Les femmes incarcérées font face une grande précarité en détention et sont parfois victimes de violences et d'exploitation. Ce rapport attire l'attention sur les conditions de détention de ces femmes en préconisant : l'aménagement d'espaces pour les femmes et enfants, l'humanisation des conditions de détention, des alternatives à l'incarcération, la révision des infractions ciblant les femmes (TS), la réduction des délais de détention préventive, le renforcement des mesures d'éducation et prévention (HCDH et AJS 2015b).

10.2.2 Sanctions pour la prostitution

La prostitution expose doublement les femmes à des interpellations policières au cours de leur trajectoire. Parfois, elles sont aussi poursuivies pour défaut de carnet sanitaire avec des peines pouvant aller jusqu'à un mois. Certaines femmes rapportent des situations de violences verbales de la part des forces de l'ordre au moment de l'interpellation :

« Une fois, les policiers m'ont arrêtée. Quand ils m'ont vue, ils m'ont reconnue comme usagère de drogue, ils m'ont fouillée et m'ont ôté mon foulard de tête, c'était l'époque du junky, ils me traitaient de sale droguée, de trainée, de prostituée. Un autre policier dit à son collègue 'Ne la touche pas, ces drogués sont entourés de maladies, elles ont toutes les maladies infectieuses', alors le gars me touchait en pinçant le bout de mes vêtements comme si je le dégoûtai, ensuite il m'a mise dans la voiture de police. Ils m'ont embarquée à la police Centrale, on m'a accusée d'avoir un défaut de carnet sanitaire, or que ce n'est pas vrai. Mais au jugement, on m'a reconnue en tant que usagère de drogue dans la rue et on m'a condamnée pour 15 jours de prison » Amy, 38 ans

« Les policiers m'ont interpellée... C'était une vérification de pièce d'identité. Ça fait longtemps, j'avais écopé d'un mois ferme. (...) tu sais même avant minuit, s'ils vous trouvent dans un bar c'est plutôt le carnet de

santé qui est demandé au lieu de la pièce d'identité. Et si vous ne l'avez pas, vous serez embarquée. Maintenant c'est au commissaire de voir si vous allez être déferée ou relâchée. Donc c'est tout le temps la confrontation. Ils sont impitoyables [les policiers]. Et parfois, ils prennent tous vos bagages, téléphones portables et autres. Vous n'avez même pas le droit d'appeler un proche. C'est vraiment dur. » Soukeye, 43 ans

Nous pouvons interpréter les propos stigmatisants des forces de l'ordre par le fait que les agents de police, appartenant d'abord à une société, sont porteurs d'un discours, d'une représentation sociale qui marginalise les consommateurs-rices de drogues. Cette disposition de la loi par l'inscription au fichier national contribue à faire emprisonner exclusivement les femmes et à les stigmatiser davantage. Le système judiciaire (et les services de sécurité) ne protègent pas (ou pas assez) les femmes CD qui font face à de multiples sanctions du fait de l'usage de drogues et de la prostitution.

10.3 La relation au partenaire

Lorsqu'on examine les parcours, on observe que la relation de couple est déterminante dans les trajectoires des femmes CDI. La majorité d'entre elles ont vécu des formes d'addiction de couple. Nous avons identifié deux cas de figures déterminants dans les relations de couple qui ont été décrites par les femmes : le partenaire « favorisant la consommation », et le partenaire « protecteur ».

10.3.1 Le partenaire UD : « favorisant la consommation »

Les récits de vie montrent que les femmes qui sont dans la consommation active sont plus susceptibles d'avoir un partenaire ou un conjoint UD. De plus, les femmes sont plus souvent initiées aux drogues injectables par un petit ami ou leur mari et continuent à consommer avec eux pendant de longues périodes :

« On s'est rencontrée dans notre quartier. Il m'invitait à sortir avec lui et comme ça un jour je suis allée vivre avec lui sans mariage (...) On a vécu ensemble pendant 12 ans puis on s'est séparés (...) Moi je fumais la cigarette avant, mais je ne connaissais pas la cocaïne-crack et l'héroïne avant. Donc lui il en consommait et un jour il était dans ses affaires et il m'a demandé si je voulais en goûter et c'est là que tout a commencé. J'ai très vite éliminé l'héroïne et j'ai choisi de continuer à consommer le crack. Lui, il avait trois femmes, avec le recul je me dis que j'étais juste son jouet, il m'a incitée à prendre de la drogue pour avoir de la compagnie, quelqu'un avec qui le faire quoi. J'étais jeune, j'avais 19 ans et demi. Lui, il était un pharmacien et il avait de l'argent. Oui, il y a eu moment où c'était vraiment dur... (...) [il] s'est toujours occupé de moi, même quand on s'est séparés, il continuait à subvenir à mes besoins. Il est décédé au mois de Novembre de l'année passée. ». Tabara, 53 ans

Cette situation provoque une double dépendance au produit et au partenaire (dépendance financière et affective). Certains hommes profitent de ces situations de vulnérabilité pour instrumentaliser les femmes dans l'acquisition des drogues en les poussant à se prostituer :

« S. et moi, on vivait ensemble (...) En ce temps, S. faisait des joints, et je lui demandais de me donner à fumer, par la suite on se partageait le joint. A la fin je me faisais moi-même les joints pour fumer. Un jour, à mon réveil, S. m'a regardée et s'est rendu compte que j'étais en manque, alors il m'a acheté du Brown et j'ai comblé mon manque, c'est à partir de ce jour que je me suis rendu compte que j'étais devenue accro. A partir de ce moment, je ne le quittais plus, je sortais avec S. pour aller me prostituer, et il m'attendait faire le travail, ensuite on quittait pour aller acheter notre Brown. Parfois je me couchais jusqu'en pleine nuit et je me levais pour aller me prostituer, c'était pour pouvoir acheter de l'héroïne pour nous deux » Dior

« Donc au début il achetait de la drogue pour moi, mais quand je fumais, ça ne me disait rien. Mais après une période d'usage...(...) à un moment donné, celui qui me l'achetait ne pouvait plus le faire, il était riche avant et il me ravitaillait toujours, mais par la suite sa situation était devenue un peu compliquée et il me vendait la drogue, et c'était mon petit ami. Parfois il me proposait de coucher avec ses amis pour qu'ils me paient et ensuite on avait de quoi acheter de la drogue ». Amy, 38 ans

Dans les récits, les partenaires jouent un rôle important dans l'initiation à la consommation des produits, la fourniture de substances, l'incitation à la prostitution pour l'achat de drogues. Cette acceptation d'être instrumentalisée pour le travail sexuel est souvent liée à des sentiments de confiance dans une relation, tout en étant culturellement ancrée dans la répartition des pouvoirs entre les sexes en Afrique de l'Ouest où la femme doit être soumise à son conjoint. Cette situation place les femmes dans une position particulièrement vulnérable et elles vont être moins capables de se soustraire à des comportements à risque (partage de matériel de consommation) car l'intimité dans le couple installe une confiance et des liens forts qui peuvent réduire les actions de prévention. La consommation de drogues isole les femmes, ce qui les amène davantage à se mettre en couple avec des partenaires UD et à leur accorder une grande importance.

10.3.2 Le partenaire « protecteur »

Certaines femmes trouvent au cours de leurs trajectoires des partenaires (UD ou non) qui leur apportent un soutien social constructif. Quelques femmes ont déclaré que leurs partenaires les avaient soutenues pour acquérir les drogues. Lorsque les femmes entrent dans une trajectoire addictive, leur cercle d'amis se réduit. Elles ont alors tendance à se mettre en couple avec des hommes usagers de drogues pour bénéficier de leur protection et de leur assistance. De plus, à mesure que les femmes avancent dans la trajectoire addictive, elles préfèrent être avec un

homme UD en raison de l'acceptation mutuelle de la consommation de drogues et de la compréhension des difficultés et des enjeux liés à la vie sous drogues :

« En 2005, je me suis remariée avec un ami, un copain que j'avais connu bien avant mon mariage. C'est un sénégalais. Lui, c'est un mariage qui n'avait pas d'amour mais c'est un mec qui m'aimait beaucoup trop, vraiment. Je me suis dit autant me marier avec quelqu'un qui m'aime plutôt qu'avec quelqu'un que j'aime. Il faisait tout pour moi, gentil, mes caprices, tout ce que je voulais, je ne l'aimais pas quand même, mais je ne lui ai jamais fait savoir que je ne l'aimais pas, mais lui il le savait, mais enfin, ça ne me dérangeait pas quand même. On a vécu des moments cool, et puis je ne voulais pas rester seule, j'avais un compagnon avec qui parler, avec qui causer. Et puis c'est un gars qui ne m'emmerdait pas sexuellement quoi, (...) Il était dans la drogue aussi, mais il avait arrêté, c'était un injecteur, lui aussi il est rentré de la France. Donc il était injecteur drogué et il avait arrêté tout seul et sans l'aide de personne ni de médicaments ni de médecins, il a souffert pour arrêter, un bon jour il s'est levé et il a dit moi je vais arrêter la drogue. Donc quand on s'est marié, c'est un gars qui me comprenait parce qu'il est passé par là. Il arrivait des jours où j'étais dans la galère parce que je n'avais pas de sou pour me payer ma drogue, lui il s'en chargeait. Il me disait, couche-toi je vais te trouver ta dose, c'est ce qu'il faisait. Il sortait, une heure ou deux heures de temps plus tard il revient et il me réveille, il me dit voilà ta dose. Donc avec lui ça marchait vraiment (...). Un jour il est tombé malade à la maison, un vendredi, et le soir il a fait un AVC, donc lundi il est décédé ici à l'accueil de l'hôpital Fann. Et puis voilà je suis entrée dans le veuvage » Bintou, 59 ans

Ici, on voit que la femme n'est pas toujours sous l'emprise de l'homme. On peut noter des rationalités relatives au choix du partenaire quelques fois recherchée et stratégique.

Contrairement au récit ci-dessous, d'autres femmes ont déclaré que leurs partenaires n'étaient pas d'accord avec leur usage de drogues et les ont influencées positivement en les encourageant à arrêter la consommation de drogues, en les accompagnants vers les soins, ou en acceptant de se marier avec elle :

« J'ai rencontré le papa de ma fille là [en Espagne] (elle désigne sa fille du doigt) puis on s'est marié et j'ai commencé à diminuer la consommation, à participer à des programmes méthadone, mais n'empêche parfois je disparaissais pendant un mois pour aller consommer de la drogue (...) Mais le père de ma fille, il n'était pas un consommateur et il m'a beaucoup aidée, il m'a accompagnée vers les centres de désintoxication, j'ai essayé de me sevrer beaucoup de fois mais je retombais dedans. Quand j'étais vraiment là-dedans je ne voulais même pas avoir un copain non consommateur parce qu'il risquait de te faire la morale et tout. Il a déclaré son enfant à la naissance pour qu'il puisse avoir la nationalité espagnole. [Maintenant expulsée de l'Espagne, elle est rentrée au Sénégal] Il m'envoie 87 euros, ce qui fait 55000 FCFA par mois et c'est avec ça que je paie le loyer de ma chambre.» Coura, 34 ans

« J'ai rencontré quelqu'un ici au centre de prise en charge et il m'a demandé en mariage et cela m'a beaucoup aidée (...) Je peux dire que c'est depuis 2000 que j'ai commencé l'usage de la drogue, jusqu'à la période avant mon mariage, c'est-à-dire un mois avant qu'on me marie, j'ai arrêté. J'ai cessé la prostitution aussi parce que je me suis dit aussi que le mariage ne marche pas avec certaines choses, et vraiment je veux me relever aussi, et valoriser mon entourage, mes parents... Il y a des choses qui ne font que gâcher le mariage (...), et lui il m'encourage parce qu'aussi il a constaté certains comportements en moi qui l'ont poussé à me demander en mariage, il s'est dit que celle-là, si on la soutient un peu, elle pourra s'en sortir. (...) Il a aussi accepté mon statut VIH (...) Je peux dire que c'est moi qui lui ai annoncé la nouvelle, parce que tout le temps il me voyait très stressée, je restais parfois dans un coin pour pleurer et il me demandait ce qui se passait, je lui disais rien. Donc comme il est un médiateur, s'il voit quelqu'un qui a un problème, ça fait partie de son boulot de l'accompagner et de parler de son problème avec les médecins et autres. Donc il n'arrêtait pas de me demander ce qui se passait. Un jour, on avait des hôtes blancs, et on était sorti se balader et autres, pendant la discussion, l'un des Blancs a parlé de son statut VIH, et c'est là que j'ai profité pour lui annoncer le mien. Alors il m'a dit qu'il le savait très bien et que ce n'est pas un problème. Depuis lors il m'aide à aller de l'avant » Amy, 38 ans

Les récits précédents montrent que certains partenaires des femmes peuvent jouer un rôle positif dans les trajectoires des femmes CDI en leur facilitant l'usage pour les soustraire aux difficultés de la vie sous drogue ou en les aidant à s'en sortir. Le fait d'être acceptée par un homme non consommateur de drogues est un également un élément de soutien constructif pour les femmes. Nos résultats corroborent ceux d'autres études qui mettent en évidence que les partenariats intimes peuvent être à la fois être source de risques (incitation à l'usage, partage de matériel d'injection, prostitution...etc.) et de soutien social par exemple en protégeant les femmes de la stigmatisation et d'autres difficultés (Lazuardi et al. 2012; Rhodes et al. 2017).

10.4 La stigmatisation

La stigmatisation liée à l'usage de drogues est représentée par des attitudes sociales négatives envers les personnes qui consomment les drogues. A la suite du sociologue canadien Erving Goffman, les chercheurs en sciences sociales se sont concentrés sur les dimensions de la stigmatisation, en soulignant ses causes structurelles, ses conséquences au niveau des personnes stigmatisées et ses effets sur la santé. Notre recherche a identifié comment la stigmatisation est vécue dans la vie des femmes CDI et contribue à leur vulnérabilité.

10.4.1 La stigmatisation vécue au niveau familial et dans la société

Les discours et les images véhiculés par les médias présentent souvent les consommateurs de drogues en général comme des criminels, des voleurs, des menteurs, etc. Ils sont également très

souvent montrés avec un aspect négligé. Les femmes qui consomment les drogues sont représentées comme déchues de leurs rôles féminins (mères, épouses). De plus la consommation de drogues est punie par la loi. Selon Ndione (2019) cette persistance de la *figure du drogué* véhiculée dans la société et les sanctions pénales contribuent à les faire percevoir comme des délinquants et à les marginaliser (Ndione et al. 2019). Ces perceptions négatives autour de l'usage de drogues ont entraîné des attitudes négatives à l'endroit des femmes dans leurs familles et dans leurs milieux de sociabilité. La plupart des femmes que nous avons rencontrées ont rapporté des situations où elles se sont senties mises à l'écart et rejetées par leurs familles, exclues des décisions importantes du groupe et des réunions familiales (mariage, baptême, etc.). Cependant la majorité des femmes sous traitement au CEPIAD déclarent qu'elles ont amorcé un processus de déstigmatisation grâce aux effets positifs du traitement sur leur vie (remariage, resocialisation). Pour d'autres, malgré ce retour à une vie sociale « normale », il subsiste un certain manque de confiance à leur égard qui leur rappelle toujours leur statut de consommatrice de drogues. Ces formes de stigmatisation ont conduit certaines femmes à se retirer du milieu familial.

Amy: Je suis mariée mais je n'ai pas encore d'enfant. Quand j'étais dans le milieu de la drogue, j'étais stigmatisée par ma famille. Il m'arrivait dans certaine occasion, de vouloir redresser les enfants au niveau de la maison, mais mon père me demandait de me taire car disait-il je n'ai pas de leçon à leur donner, me taxant ainsi de droguée et de prostituée. Et cela a été une forme de stigmatisation de la part de mes parents. Mais aujourd'hui, ma situation a changé, je rends grâce à Dieu. Je peux même dire que maintenant je suis adulée par mes parents. Maintenant à la maison, mon père dit souvent à mon mari qu'il est très content de lui et de la manière dont il s'est occupé de moi. De même, il me demande toujours de bien m'occuper de mon mari. Ce qu'il ne disait pas auparavant.

Siga : Bon moi, mon cas est un peu spécial. Car j'avais de l'argent au moment de consommer la drogue. Du coup, je fumais chez moi. Et comme j'avais de l'argent, on ne me disait rien au sein de la famille (...). La seule chose qu'on me reprochait c'est de gaspiller mon argent. Mais c'est quand j'ai commencé à avoir des problèmes, que la stigmatisation a commencé. C'est moi-même qui suis sortie de la maison de mon propre gré. Parce que quand j'avais des sous, on ne me reprochait que le gaspillage, c'est-à-dire de jeter mon argent à la fenêtre en achetant de la drogue. Maintenant que n'ai plus d'argent, on m'assimile à une droguée. Et c'est une forme de stigmatisation. C'est pourquoi j'ai décidé par la suite de faire face à ma famille, d'instaurer un rapport de force avec elle. Une fois que je me suis rendu compte que ma consommation de la drogue n'est plus de leur gout, j'ai décidé de sortir de la maison. (...) La considération est revenue à la normale, car j'ai un caractère très fort. Et c'est moi-même qui ai volontairement décidé d'abandonner la drogue bien avant même la venue de CEPIAD.

Nini: Quand je consommais la drogue, j'étais marginalisée par ma famille. Celle-ci ne prenait même pas la peine de m'informer des grandes cérémonies familiales, que ça soit baptême ou décès. Des fois, on me privait de la chambre dans laquelle je dormais. Pour acheter de la drogue, il m'arrivait souvent de sortir pour revenir à des heures tardives. Et lorsque je frappais à la porte de la maison, personne n'acceptait de m'ouvrir. A l'époque, je trouvais cela comme étant une forme de stigmatisation. Du coup, j'étais obligée de dormir devant la porte de la maison ou de passer la nuit chez des copains (...) Et généralement il n'est pas facile d'oublier les moments difficiles qu'on a traversés. Mais quand même, l'entourage a changé de jugement. N'empêche, il y a toujours certains qui vous collent une mauvaise étiquette. Mon ami que vous voyez est venu ici à cause de moi. Mais depuis tout à l'heure vous voyez que sa famille l'appelle pour lui demander là où elle se trouve. Car jusqu'à présent sa famille doute de la décision qu'elle a prise d'abandonner la drogue. Elle a toujours des suspicions. Et cette manière de procéder est encore une forme de stigmatisation vis-à-vis de la personne. En réalité ici au Sénégal, quand quelqu'un prend de la drogue au lieu de l'aider à s'en sortir, on aggrave sa situation en la stigmatisant. **Focus femmes au CEPIAD**

Les femmes que nous avons interrogées hors des structures de soins ont rapporté des vécus similaires à celles qui sont aux CEPIAD. Les femmes font face à un rejet social à la fois dans leurs familles mais aussi dans les quartiers où elles sont exclues des sociabilités comme les événements et les groupes associatifs (mariage, baptêmes). Elles ont relaté en plus des situations de maltraitance physique, des violences verbales de la part de leurs proches à cause de leur consommation de drogues ; parfois elles, ne sont même pas autorisées à partager le plat familial :

Tabara : En ce qui me concerne, c'est mon frère qui m'a abandonnée en premier lieu à cause de ça. Ma fille a commencé aussi à me causer des problèmes. Parce que maintenant, c'est une grande fille, elle est à l'université, elle est à sa dernière année d'étude. Récemment, quand elle est venue, elle m'a demandé d'arrêter de fumer mais je sais qu'elle parle de la drogue plus exactement. Je lui ai répondu qu'après sa réussite, j'abandonnerais tout pour être le reste de ma vie.

E : Mamy Oui

Mamy : J'ai été embêtante vis-à-vis de ma famille comme celle-ci l'a été aussi à mon égard. Mais ce qui m'a fait le plus mal, et que je ne leur pardonnerai jamais, c'est qu'on m'a maltraitée et repoussée. On m'a aidée aussi en m'amenant dans des centres de désintoxication à maintes reprises. Mais jusqu'à présent je sens que suis rejetée et repoussée. Et moi aussi j'essaye de faire de mon maximum pour faire ma vie toute seule.

E : C'est quoi cette chose que tu n'arrives pas à leur pardonner ?

Mamy: Le fait qu'on m'a abandonnée quand je prenais l'alcool. Je ne passais pas la nuit chez moi. Et cela a créé plein de boucan. Et toutes les minutes, je venais taper à la porte et les gens me criaient dessus (...) On m'enfermait chez moi pour ne pas que je sorte, des trucs de ce genre.

E : Ok, Soukeye

Soukeye : Oui pareil, on me criait dessus, c'était la maltraitance, même physique (...) c'est-à-dire, ils vous critiquent et si vous ripostez ils vont se battre avec vous. Et à longueur de journée, ils vous dénigrent en vous mettant à l'écart. Vous ne pouvez pas partager avec eux le même repas. Finalement, ils peuvent vous délaisser complètement en vous abandonnant à votre propre sort au point que vous devenez une intruse dans la famille. Au niveau du quartier, personne ne te considère, tu n'es pas invitée aux événements, ni aux groupes associatifs. Focus groupe femmes hors CEPIAD

10.4.2 L'auto-stigmatisation et la stigmatisation perçues dans les soins

Les discussions de groupe avec les femmes ont également montré une forme d'auto-stigmatisation, où les femmes n'ont pas été victimes d'exclusion mais elles se sont éloignées elles-mêmes de leur entourage familial pour ne pas déranger et être dérangées dans leur pratique. Elles ont rapporté des sentiments de honte notamment par rapport à leurs mères, de culpabilité vis-à-vis de leur famille, d'avoir trahie la réputation de leurs familles :

Dior : En ce qui me concerne, je peux dire que mon cas est également spécial. Car c'est moi qui ai pris mes distances par rapport à la famille. Car à un moment donné, je ne pouvais plus vivre parmi les miens. J'avais honte de moi. A part ma mère et quelques copines, les autres membres de ma famille ne savaient pas que je prenais de la drogue. Ou du moins, ils n'ont eu que des suspicions en ce sens. Ma mère me disait que quel que soit mon comportement je devrais venir à ses côtés. Car ce qu'elle peut supporter, les autres ne le pourront pas. Mais je ne pouvais pas. J'ai quitté la maison de mon propre grès. Car avec mon comportement, je ne pouvais pas être au côté de ma mère, d'autant qu'elle avait des besoins que je ne pouvais plus satisfaire à cause de la drogue. Sinon je n'ai jamais été victime de stigmatisation au sein de ma famille.

Soda: Ma consommation de la drogue était un peu liée à une période de déception. Ainsi je consommais la drogue en guise de soulagement à mes problèmes. Mais je le faisais en cachette. Car comme ce n'était pas bien, je ne voulais pas que ma famille le sache. Et donc à un moment donné, je ne pouvais plus vivre avec ma famille car j'avais honte de moi, surtout vis-à-vis de ma mère. C'est pourquoi, j'ai pris la décision de me mettre à l'écart. C'est lorsque je suis venue au CEPIAD que j'ai eu le courage de retourner au sein de ma famille. Je leur ai fait savoir en ce sens que j'ai abandonné la drogue. Focus groupe femmes hors CEPIAD

En dehors de l'auto-stigmatisation, il y a aussi une stigmatisation perçue exprimée par les femmes qui fréquentent le CEPIAD par rapport à certains de leurs homologues masculins et certains des

prestataires de soins. La plupart des femmes au CEPIAD vivent avec une pathologie infectieuse et ont le sentiment d'être doublement stigmatisées à cause de leur statut (VIH, hépatites). C'est pourquoi au chapitre 14, nous exposerons plus largement la manière dont la stigmatisation guide les choix en matière de prise en charge intégrée et constitue un obstacle puissant à leur accès aux services de santé dédiés. La question de la stigmatisation est d'autant plus importante pour les femmes au CEPIAD qu'elles ont toujours insisté dans nos discussions sur la gestion de la confidentialité au CEPIAD et considèrent qu'après quelques années de prise en charge, les soignants commencent à se relâcher sur ce point :

Amy : Au début (...), on voyait les médecins dans la confidentialité, les dossiers étaient ouverts de manière confidentielle, l'organisation actuelle diffère de celle du début maintenant pour l'ouverture de dossiers ce sont les infirmiers qui s'en chargent alors qu'avant c'était le rôle de l'assistant social ou des addictologues, tout était confidentiel. A plusieurs reprises on m'a donné mes médicaments dans la cour alors qu'auparavant on nous appelait en toute intimité pour nous les délivrer. Je ne parle que de mon vécu, la confidentialité n'est plus ce qu'elle était avant et j'aimerais vraiment qu'ils nous aident davantage avec une prise en charge globale comme avant.

Sokhna : je vais insister sur ses derniers mots, parce que ça fait partie des situations que je déplore le plus au CEPIAD. Le manque de confidentialité, tout le monde a accès aux dossiers des patients, les infirmiers qui sont passés ici font plus de 25, ceux qui font les stages, ceux qui font les thèses, toute personne venant de Saint Louis, Bakel, sauront...même s'ils ne touchent pas aux dossiers ils en discutent entre eux. Nous sommes de grandes personnes, il n'y a pas de patients mineurs ici au CEPIAD et ils n'ont pas respecté 95 % des promesses qu'ils nous ont tenues alors qu'on a signé des documents sur ça. Ils avaient dit qu'après le centre allait nous appartenir, nous les usagers de drogues comme au Maroc. Il n'y a plus la même convivialité qu'avant, le petit déjeuner qu'on donnait aux patients avant parce qu'on venait de loin, ils l'ont arrêté de même que les repas communautaires.

Nini : Au début on nous avait dit que le centre allait nous appartenir c'est vrai, quand on regarde dans les hôpitaux beaucoup de cibles voient leurs pairs là-bas donc c'est sûr que ça sera dans la confidentialité, mais quand ton dossier doit passer par une personne autre que ton pair c'est plus dans la confidentialité. Moi quand je viens pour me soigner et que je vois une personne inconnue je peux ne pas me soigner, c'est vrai que le fait de me soigner c'est dans mon intérêt mais aussi il faut qu'on revoie la façon de faire. Même quand on est sur le terrain et qu'on demande aux femmes pourquoi elles ne viennent pas se soigner, elles nous disent que c'est plus dans la confidentialité et ne veulent pas que d'autres personnes soient au courant pour eux.

Dior: Moi c'est juste pour appuyer ce que tout le monde a dit, avant il y avait la confidentialité mais plus maintenant. Comment on nous traitait avant et aujourd'hui c'est plus la même chose, on nous sert même plus d'eau à boire.

On a tendance à généraliser maintenant, si aujourd'hui tu commences quelque chose pour ne pas le terminer vraiment ça n'en vaut pas la peine. Il n'y a plus de médicaments, si tu as des analyses à faire maintenant tu les fais toi-même avec tes propres moyens, si jamais tu n'as pas de travail c'est très difficile. Au début on passait la plupart de notre temps ici, on mangeait tous ensemble, on n'était pas dans les rues. Les tableaux que les hommes faisaient ici, il arrivait qu'ils les vendent à 100 000 FCFA ou 150 000 CFA donc ils ont un métier, juste ils ont besoin qu'on les aide. Surtout nous les femmes, ils doivent nous aider car c'est plus facile pour nous de retomber dans la drogue, on a besoin d'aide pour nos médicaments. S'ils ont une possibilité de nous aider pour qu'on ait du travail on est prenante. Les repas communautaires qu'on faisait avant, s'ils peuvent le ramener ça serait bien, car y'en a qui viennent de loin, même pour le transport c'est difficile pour eux. On veut vraiment travailler mais on n'en a pas, il faut vraiment qu'ils nous aident sur ça.

Siga : (...) Pour revenir sur la question de la confidentialité, avant c'est moi qui sortais les dossiers et je ne l'ouvrais pas pour le mettre dans le bureau du Docteur, ce qui veut dire que c'est lui seul qui avait accès au dossier. Mais, maintenant ce sont les infirmiers, au bout de 6 mois ou 1 an on recrute de nouveaux infirmiers et ils ont accès aux dossiers. Un jour j'ai entendu un infirmier dire que maintenant ils ne vont plus prendre le repas communautaire à l'hôpital car la cuisinière avait le VIH, c'est pas du tout professionnel et il y'a vraiment pas de confidentialité. Nous sommes discriminés au niveau du centre car on ne peut pas comprendre certains commentaires. On doit vraiment revoir le fonctionnement du centre pour que la confidentialité qu'on avait avant revienne et aussi voir comment réfectionner le centre pour notre sécurité. Focus groupe CEPIAD

Les attitudes rapportées par les femmes, nous en avons été témoin pendant les activités de convivialité au CEPIAD (causeries, repas communautaires) où il n'était pas rare d'entendre certains de leurs homologues masculins les traiter de « waga » de femmes qui avaient « toutes sortes de maladies » « de femmes qui n'étaient pas bonnes à marier ». Certains des hommes disaient s'abstenir de prendre part à ces repas communautaires préparés par les femmes au CEPIAD parce que ce sont des personnes malades. Ces propos venant de leurs pairs masculins témoignent d'une stigmatisation intragroupe mais aussi d'une plus grande stigmatisation des femmes que des hommes qui consomment les drogues. A cette stigmatisation d'être une femme CDI se superpose la stigmatisation liée aux maladies infectieuses (VIH, hépatites).

10.5 La grossesse et la maternité

10.5.1 La procréation et la grossesse

La littérature médicale montre que la consommation d'opiacés pendant la grossesse a des conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant. Les substances comme l'héroïne et la cocaïne peuvent provoquer des grossesses extra-utérines, des malformations ou des syndromes

de sevrage... (L. Simmat Durand 2009). La plupart des femmes qui ont une longue expérience dans l'usage de drogues ont connu des fausses couches, des difficultés à procréer. Certaines femmes déclarent avoir connu des avortements spontanés quand elles étaient actives dans la consommation de drogues. Certaines femmes ont rapporté des avortements (provoqués ou spontanés) précédant parfois la prise de drogues ou liés à des grossesses non désirées :

« C'est deux qui ont eu un avortement provoqué, et l'un un avortement naturel. Pour les avortements, je ne connaissais même pas la drogue, c'est mon copain qui ne voulait pas de cette grossesse et moi aussi j'avais peur de mes parents, donc j'ai avorté (...) C'est un sapeur-pompier qui me l'avait fait, il était à la gare routière (...) J'en ai eu aussi dans mon mariage et j'ai aussi avorté naturellement (...) c'est deux avortements provoqués et deux fausses couches ». Amy, 38 ans

Par ailleurs quelques femmes ont rapporté avoir consommé des produits durant leur grossesse.

Les avortements qu'elles ont vécus étaient très rarement associés à la prise de produits :

« J'ai eu trois avortements avant la naissance de mon fils. Je pense que c'était lié à la drogue que je prenais... j'avais une tension qui chutait quoi. Mais pour mon fils, on m'a cerclée, je ne prenais plus de produits, je suis allée à l'hôpital pendant au moins deux mois, c'est pour protéger le fœtus, donc on met un truc-là sur le fœtus, une opération pour cercler le fœtus, le tenir bien quoi, donc il ne fallait pas que je fasse des efforts je ne travaillais pas, donc j'ai fait deux mois à l'hôpital jusqu'à la grossesse soit bien posée, et là j'ai quitté l'hôpital et je suis rentrée à la maison, mais en fait je ne travaillais pas non plus (...) Donc ça s'est passé comme ça jusqu'à ce que j'aie mon gosse » Bintou

« J'ai fait un avortement quand je vivais avec le copain. J'étais enceinte sans le savoir, j'ai eu mal au ventre, je suis allée à l'hôpital et j'étais en train de faire un avortement (...) je ne sais pas ce qui a causé l'avortement... peut être les talons que je portais et j'allais souvent danser en discothèque aussi. A part ça je n'avais pas une autre activité (...) je prenais le crack et puisque j'allais en boîte aussi, je consommais de l'alcool (...) je prenais du whisky et du gin. (...) quand j'étais enceinte de ma fille, je n'en ai pas beaucoup pris, j'avais diminué ma consommation au dernier trimestre de ma grossesse. » Tabara

Certaines femmes ont mené leur grossesse à terme mais ne perçoivent pas les conséquences néfastes de cette consommation de drogues sur le déroulement de leur grossesse. Des femmes remplacent l'héroïne par des produits moins dangereux comme le cannabis. Ces substances sont souvent assimilées à des envies de grossesse.

« Hiii, pendant mes grossesses, je ne supportais pas du tout l'héroïne et l'alcool, à chaque fois que la touchais, je vomissais, par contre, je consommais du cannabis et de la cola. Je ne supportais même pas l'odeur de l'héroïne. C'est à la naissance de mon enfant que j'ai recommencé à prendre.

Mais puisqu'on se cachait, on avait aménagé une pièce spéciale où on allait consommer mon mari et moi. » Fily, 56 ans

Alors qu'au Sénégal, les normes établissent 4 consultations prénatales (CPN) qui consistent à un ensemble de stratégies et moyens préventifs permettant le suivi de la grossesse, ces mères interrogées indiquent qu'elles ont toujours réussi à cacher leur usage de drogues pendant les consultations prénatales. Les professionnels de la santé ne sont pas en mesure de détecter la consommation de drogues chez la femme enceinte car il n'existe pas de dépistage, ni de counseling permettant d'identifier l'usage de substances psychoactives chez les mères.

10.5.2 Le vécu de la maternité

Dans les récits, quelques femmes usagères de drogues ont déclaré avoir arrêté à consommer pendant la grossesse ou l'allaitement de leur enfant, non pas parce qu'elles étaient conscientes d'un risque pour la santé de leur enfant mais parce qu'elle voulait être une « bonne mère » pour celui-ci :

« Au début de ma grossesse, je fumais du cannabis et de l'alcool, puis c'est là que je décidais de commencer à arrêter parce que je voulais changer de vie pour cet enfant. J'ai arrêté en 2007 le crack pour la première fois, parce que là j'étais avec ma fille et je devais m'occuper d'elle. » Oumou

« Je ne prenais pas la drogue pendant la grossesse. De ce fait, même après l'accouchement, je peux rester beaucoup de temps sans reprendre la consommation pour m'occuper de l'enfant. Et après mon divorce, j'ai laissé mon enfant avec ma mère qui s'est chargée de son éducation. »

Cet arrêt de l'usage à cause de la maternité s'inscrit rarement dans la durée. Les femmes qui ont fait une pause après la naissance de leur enfant retournent souvent dans l'usage de drogues après un temps d'allaitement (à peu près deux ans). Il est rare que les femmes CDI soient en charge de l'éducation de leurs enfants quand elles sont dans une consommation problématique, ils sont très souvent confiés à leurs grands-mères, tante ou père de l'enfant quand celui-ci n'est pas un consommateur :

« J'allais encore mon enfant lorsque je fumais la drogue. J'avais déserté de chez moi afin de mieux pouvoir user de la drogue. J'amenais partout mon enfant avec moi. La nuit, je trainais avec lui dans les rues. Finalement, c'est ma sœur qui l'a récupéré pour assurer sa garde. » Sokhna

Cependant, nous avons observé que les femmes qui sont dans une consommation modérée ou occasionnelle de cocaïne/crack vivent généralement avec leurs enfants. Certaines femmes au CEPIAD qui commencent à se rétablir tentent de retrouver une place dans la vie de ces enfants qui ont été confiés à d'autre personne en les récupérant ou en essayant d'être présentes et de

contribuer à leur éducation. Dans les discussions de groupe, les femmes ont parlé de la manière dont elles essaient de gérer leur usage de drogues par rapport aux enfants qui sont devenus grands.

Sandra: « J'ai eu énormément de problèmes avec ma fille ainée. D'ailleurs, elle fume la cigarette mais heureusement grâce à Dieu, elle ne s'intéresse pas au produit. (...) Et malheureusement mon fils qui est en classe de terminale, fume de l'herbe. Mais il m'a quand même promis d'arrêter. Et je sais que c'est de ma faute. Car tout le temps, quand je ferme ma porte je mets la clé à leur disposition. Et j'avais une boîte dans laquelle je mettais mes rizla et mes affaires pour fumer le crack. C'est là qu'il l'a certainement découvert, et c'est malheureux (...). C'est pourquoi je suis souvent obligée de sortir pour pouvoir fumer laissant derrière moi mes enfants. Ce qui, du coup, compromet l'encadrement que je devais leur assurer. Vraiment les conséquences sont désastreuses. »

Daba : « Mon enfant est né en 1989 alors que j'ai commencé à fumer en 2003. Mais en 2010 je suis allée rendre visite à un ami en compagnie de mon enfant. Quand je l'ai présenté à mon ami, il l'a fait entrer dans une autre chambre où se trouvait son frère qui a fumé le « brown » devant lui. Mon fils l'a vu fumer et cette scène m'a vraiment fait du mal. Il croyait je lui ai présenté un enfant de la rue et il ignorait que c'est ma propre fille disait-il. C'est mon fils unique d'ailleurs. Ça m'avait vraiment choquée ce jour-là. Mais à part cela, ma fille ne m'a jamais vue fumer. D'ailleurs même, on n'habitait pas ensemble. Elle habitait chez son père et elle venait rarement me rendre visite. Par la suite, j'ai commencé à diminuer petit à petit ma consommation. (...) »

Anta : « Bon, je le fais en cachette parce que je sais que maintenant mon fils a grandi. Et je sais que ça ne va pas lui plaire de me voir fumer. Parce que quand quelqu'un fume au sein d'une famille, il est ipso facto rejeté. »

Aida: « Cela a détérioré ma relation avec ma fille. Il arrive dès fois qu'elle s'énervé contre moi. Aussi elle voit que souvent, je lui impose ma situation de fumeur. Donc quelquefois, elle me manque de respect. »

Ces propos montrent la souffrance, la culpabilité et l'inquiétude des mères qui ne souhaitent pas que leurs enfants reproduisent leurs erreurs en entrant dans la consommation de drogues.

Conclusion :

Les données montrent que la plupart des femmes CDI au Sénégal sont au croisement de multiples vulnérabilités : le travail sexuel, la relation au partenaire pour certaines des femmes, la stigmatisation, la maternité. Ces différents éléments sont sous-jacents aux trajectoires et influencent les parcours de consommation et de recherches de soins. Dans certains itinéraires, mais pas tous, les trajectoires de prostitution s'entrecroisent avec les trajectoires de consommation de drogues.

Si on confronte les résultats de notre étude à ceux de la littérature, des études ont déjà documenté ces vulnérabilités multiniveaux qui concernent les femmes CDI dans d'autres contextes. Une étude menée au Bangladesh en 2006 montre que les femmes UDI sont souvent plus vulnérables au VIH que leurs homologues masculins en raison de la superposition entre le travail sexuel et de consommation de drogues. Les femmes qui partagent des drogues avec leurs partenaires sexuels partagent souvent des seringues avec ces partenaires et peuvent également avoir des relations sexuelles non protégées avec eux, ce qui augmente leur risque de contracter des infections transmissibles par le sang et sexuellement transmissibles (Azim et al. 2006). En ce qui concerne la maternité, une publication de Bonnet et Couteron (2015) montre qu'en France la grossesse accentue la vulnérabilité des femmes CDI issues des milieux défavorisés, alors même que l'enfant à naître incarne un espoir pour changer de vie. La grossesse peut être une occasion d'entrer dans les soins ou source de motivation pour sortir de la drogue. Les risques de dommages pour l'enfant (prématurité ou faible poids de naissance) provoquent une mortalité accrue des enfants de mères ayant une trajectoire addictive. A cela s'ajoutent le fait que les équipes soignantes dans les structures spécialisées n'ont pas reçu pour la plupart de formation spécifique sur la grossesse et l'addiction (Bonnet et Couteron 2015). Selon Jauffret-Roustide, « *les femmes usagères de drogues peuvent être qualifiées de 'vulnérables parmi les vulnérables' vis-à-vis des risques infectieux* ». Dans une étude menée en France (ANRS Coquelicot) l'auteur montre que les femmes CDI sont confrontées à une double fragilité dans le milieu de l'usage de drogues et de la sexualité. Cette vulnérabilité est notamment corrélée à la dépendance aux partenaires par rapport à l'achat des drogues. Dans la plupart des trajectoires, les femmes sont parfois contraintes d'utiliser leur corps dans l'optique de transaction d'argent ou de drogues (Jauffret-Roustide et al. 2008). Une étude de Mburu et al (2018) au Kenya montre que la consommation de drogues est généralement stigmatisée, et cette stigmatisation est encore accentuée chez les femmes. Les femmes UD souffrent de multiples stigmates, souvent simultanément : la stigmatisation et l'auto-stigmatisation liées à la consommation de drogues injectables, la stigmatisation liée au fait d'être séropositive pour les femmes PVVIH. Ces différentes formes de stigmatisation conduisent au rejet, à l'exclusion sociale et au refus de services dans les établissements de santé (Mburu et al. 2018).

La théorie de l'intersectionnalité nous permet d'observer ici que les « vulnérabilités » décrites plus haut sont liées à des rapports sociaux qui peuvent s'additionner : avec le partenaire, avec les clients, avec la police, avec les autres femmes UD, au sein des prisons, avec sa famille, avec ses enfants, avec l'équipe CEPIAD. Les récits montrent la multiplicité des formes de

stigmatisation et de souffrance, dont la forme des récits montre qu'elles n'ont pas été oubliées par celles qui les ont vécues. Ces femmes peuvent être prises dans des situations psychologiques très difficiles pour cacher, par exemple à leurs enfants, les stigmatisations dont elles sont victimes, afin que ces derniers n'en souffrent pas.

Pour conclure, en s'écartant de certaines normes sociales et morales, les femmes font face à des sanctions sociales (avec un rejet au niveau de la famille et de la société, une disqualification de la maternité) et à des punitions pénales (usage et prostitution). Seulement quelques femmes de notre étude dont la consommation est occasionnelle, qui vivent dans de bonnes conditions économiques, sont moins exposées aux sanctions pénales. Les politiques pénales devraient prendre en compte ces multiples discriminations par rapport au phénomène de l'addiction et revoir les législations afin que les femmes ne souffrent plus indûment de l'accumulation des sanctions et des formes de stigmatisation. De plus les enjeux de santé publique (vulnérabilités aux infections) devraient orienter et faire privilégier une approche basée sur la santé. La relation au partenaire est également déterminante dans la poursuite de l'usage et dans la recherche de soins. Notre recherche suggère d'approfondir cet aspect du vécu de l'addiction des couples dans des études futures, et du côté de la prise en charge, d'explorer la possibilité d'intégrer des interventions centrées sur le couple dans la prise en charge de l'addiction.

Chapitre 11. Les effets du covid-19 sur la vie des femmes Usagères de drogues

Introduction

Selon Richard Horton, éditeur en chef du Lancet : « L'histoire du COVID 19 n'est pas si simple (...) il y a le SRAS-CoV-2 (le virus qui cause le COVID-19) et d'autre part, un certain nombre de maladies non transmissibles. Et ces deux éléments interagissent dans un contexte social et environnemental caractérisé par une profonde iniquité sociale. Ces conditions, (...), exacerbent l'impact de ces maladies »(Horton 2020). Ainsi, Horton définit la Combinaison du COVID 19 avec d'autres maladies chroniques, plus les conditions d'inégalités sociales (pauvreté) comme une syndémie. Selon Horton : « L'agrégation de ces maladies sur fond de disparités sociales et économiques exacerbe les effets néfastes de chaque maladie distincte. Le COVID-19 n'est pas une pandémie. C'est une syndémie »(Horton 2020). Autrement dit, si le COVID 19 s'est développé à l'échelle mondiale c'est parce que la santé humaine était déjà affectée par plusieurs autres facteurs pathologiques et inégalités structurelles. La notion de syndémie créée par l'anthropologue Merrill Singer dans les années 1990 a été appliquée au départ aux usagers de drogues (cf. chapitre 4). Elle désigne l'entrelacement de plusieurs comorbidités et problèmes en interaction, qui exacerbe les conséquences négatifs de chacune des pathologies impliquées. Cette synergie entre maladies et problèmes émerge généralement dans des conditions sociales d'inégalités de santé (pauvreté, stigmatisation et stress)(Merrill Singer 2012; Merrill Singer et Rylko-Bauer 2021).

Le nouveau coronavirus (SARS-coV-2) est apparu en Chine en 2019. En 2020, Pour faire face au développement de l'épidémie de COVID 19, les gouvernements du monde ont mis en place des mesures de santé publique (Ozili 2020). La distanciation sociale, le confinement, les restrictions de déplacement, les interdictions de rassemblements et les autres mesures ont des effets différents sur la vie des hommes et des femmes (Wenham, Smith, et Morgan 2020). En ce qui concerne les femmes, une augmentation de la violence au sein des ménages a été signalée dans plusieurs pays, ce qui a poussé les Nations Unies à assimiler cette situation à une « pandémie de l'ombre » qui progresse en même temps que le COVID-19. Les cas signalés montrent une augmentation des violences domestiques de 25% à 30% dans les pays d'Europe, au Canada et aux États-Unis (Cathérine 2021). Sur le plan de la santé, les ressources pour la santé reproductive et sexuelle ont été détournées vers les interventions d'urgence, contribuant à une augmentation de la mortalité maternelle en Afrique avec l'un des taux les plus élevés au monde. Les inégalités de genre ont été aggravées par l'accès insuffisant des femmes aux soins

de santé (Wenham, Smith, et Morgan 2020). Sur le plan économique, les femmes à travers le monde ont des revenus plus faibles et donc épargnent moins que les hommes. C'est pourquoi les difficultés sur le marché du travail en temps de pandémie les ont exposées davantage à une baisse de revenus, à des risques de perte d'emploi, de dépression et autres problèmes de santé mentale (Cathérine 2021).

En Afrique, les réponses apportées par les pouvoirs publics ont également eu des effets sur les interactions sociales et les activités économiques. Dès les premiers cas de COVID, la plupart des gouvernements africains ont réagi de manière précoce en adoptant la quarantaine et les restrictions de mouvements. Au Sénégal, les autorités politiques ont progressivement pris un certain nombre de mesures pour endiguer l'avancée de la pandémie (fermeture des frontières aériennes et terrestres, fermeture des écoles et des universités, et interdiction des manifestations sportives, culturelles et religieuses)⁸³. En dernier lieu, l'état d'urgence a été déclaré avec l'installation de couvre-feu national durant la première vague (S. L. B. Faye 2020). Sur le plan de la sécurité alimentaire, les perturbations des échanges et des chaînes d'approvisionnement alimentaire locales ont affecté les ménages et la nutrition des pays importateurs (Ozili 2020). En ce qui concerne les effets spécifiques chez les femmes africaines, un article de Rafaeli et Hutchinson (2020) examine les impacts secondaires du coronavirus. Les résultats de ce travail suggèrent que les femmes et les filles en Afrique subsaharienne vont davantage souffrir d'un impact secondaire négatif extrême et multiforme du fait de la crise du COVID-19. Ces effets comprennent des taux de pauvreté plus élevés, une augmentation des grossesses non planifiées, une flambée des taux d'abandon scolaire et du travail des enfants chez les adolescentes, une augmentation du travail domestique, la perte de revenus et une réduction de l'autonomisation financière (Rafaeli et Hutchinson 2020).

Dans le champ de la drogue, les mesures d'urgence sanitaire ont eu un impact sur les usages, les usagers de drogues et sur la circulation des produits. Hors d'Afrique, les recherches disponibles à l'international montrent globalement que la période est propice à l'arrêt ou à la diminution des usages et que la situation a un impact sur les marchés de la drogue et l'augmentation des prix des substances. De plus, la pandémie de COVID-19 a exacerbé les inégalités en matière de santé, les difficultés d'accès au matériel de réduction des risques (RdR)

⁸³ Mesures gouvernementales prises au Sénégal : interdiction des rassemblements, fermetures des écoles et des établissements (14/03/2020), fermeture des frontières (20/03/2020), Etat d'urgence sanitaire et couvre-feu (23/03/2020), Port du masque obligatoires dans les lieux publics (19/04/2020) <https://www.COVID19afrique.com/mesures-gouvernementales>

et les fragilités des UD les plus vulnérables -comme les femmes (Bowleg 2020; Velazquez 2020). Par ailleurs, l'organisation de l'offre de soins de Réduction des risques (RdR) a aussi été touchée par le développement de la pandémie. Les professionnels de la RdR ont tenté de s'adapter face aux difficultés d'accès aux traitements des addictions (méthadone, buprénorphine, outils de RdR, etc...) en modifiant leurs modalités d'accueil et l'aide sociale proposée. Des accueils à distance par téléphone pour orienter les UD, l'envoi du matériel de RdR par la poste ont été proposées en France (Torres-Leguizamon et al. 2020). Les études menées au Sénégal montrent que le COVID-19 a eu un impact sur les personnes aux intersections démographiques⁸⁴ et les plus marginalisées (les prisonniers, les prostituées, les usagers de drogues (Ndione et al. 2020; Morelle, Marcis, et Faye 2020; Toh et al. 2020). Pour assurer les soins en temps de COVID pour les usagers de drogues à Dakar, le travail de Ba et al (2021) signale que le centre de prise en charge intégré des addictions s'est adapté à la crise sanitaire en prenant un certain nombre de dispositions à la suite des conseils édictés par l'ONUDC. Ainsi, les activités de groupes ont été annulées jusqu'à nouvel ordre, les consultations ont été planifiées de façon à réduire et à éviter le rassemblement des patients au niveau du centre. De plus, l'emport à domicile de la méthadone déjà expérimenté pour un certain nombre de patients depuis deux ans a été étendu pour tous les patients pour une durée de trois jours à trois semaines. Cet article signale qu'il n'y a pas eu de cas de COVID enregistré au niveau du CEPIAD (I. Ba et al. 2021). Par ailleurs, une étude de Toh et al (2020) auprès des travailleuses de sexe (TS) à Dakar rapporte que le COVID-19 a provoqué une baisse du nombre de clients des TS. Cette situation a induit une réduction de moitié des revenus de la prostitution. L'utilisation du préservatif a diminué de 13% pendant la pandémie par rapport aux données de 2017. Cependant une augmentation des symptômes d'infections sexuellement transmissibles (IST) n'a pas été observée. La majorité des TS interrogées dans cette étude a déclaré avoir réduit ses visites dans les structures de santé à cause du COVID-19. De plus, la santé mentale des TS s'est détériorée, tandis que l'expérience de la violence de la part des clients ou de la police est restée pratiquement inchangée (Toh et al. 2020). Des données empiriques ayant montré que la crise sanitaire actuelle renforce la fragilité des femmes UD, nous avons voulu comprendre quel type de vulnérabilité était exacerbé pour discuter des réponses apportées. Dans ce chapitre nous allons décrire et analyser l'impact du COVID-19 sur la vie des femmes UD en contexte de syndémie. Quelles sont les connaissances et les perceptions des femmes UD associées au

⁸⁴ Populations marquées par l'intersection de différents facteurs relevant de la santé et des contextes dans lesquels ils vivent et travaillent

coronavirus ? Quelles sont les effets du COVID-19 sur les activités personnelles et professionnelles pour chaque catégorie de femmes interrogées ? Quels sont les effets sur les pratiques d'usages et l'accès aux soins ? Quelles sont les opportunités qui ont été saisies par les femmes en temps de COVID-19 ?

Pour documenter l'impact du COVID-19 sur la vie des femmes UD, nous avons recontacté 14 femmes parmi les 35 femmes dont nous avons recueilli initialement des récits de vie par entretiens répétés. Ces femmes peuvent être réparties dans différentes catégories (cf. chapitre 7) comme suit :

- Des jeunes femmes du monde de la nuit et du divertissement (4) : Sanou (crack, alcool, 35 ans) ; Aicha (crack et alcool, cannabis, 27 ans), Oumou, (crack, alcool, cannabis, 35 ans); Mamy (cocaïne/crack 30 ans)
- Des jeunes femmes rencontrées dans les quartiers populaires et associations de TS (4) ; Coura (Ex consommatrice d'héroïne, alcool, 35 ans), Garmi (cocaïne/crack, 29 ans), Daba (héroïne), Soukeye (crack, 43 ans)
- Des femmes moins jeunes connues dans le milieu des UD et nommées par leurs homologues « les anciennes junkies » (5) : Bintou (sous méthadone, 59 ans), Sokhna (sous méthadone, 50 ans), Soda (sous méthadone, crack, 51 ans), Siga (Ex UD, crack, 54 ans), Amy (Ex UD, sous traitement cocaïne, 38 ans),
- Des femmes d'âges divers moins visibles dans ces milieux (1) : Nini (pions, sous méthadone, 29 ans).

11.1 Le COVID vue par les femmes UD

Les entretiens menés auprès des femmes montrent qu'elles ont accès à beaucoup d'informations sur le COVID-19 à travers les médias internationaux et nationaux, mais aussi à travers les réseaux sociaux et les groupes de pairs. Les propos rapportés témoignent d'une bonne connaissance des modes de contamination et de prévention de la maladie. Le virus est perçu comme très contagieux, les femmes déclarent que cette perception est liée aux annonces journalières du nombre de cas infectés rapporté par les médias. Ainsi, la majorité des femmes craignent de contracter le COVID car selon elle c'est une nouvelle maladie qui n'est pas très connue. En revanche la plupart des femmes sont persuadées que l'on peut se protéger de la maladie par le respect des gestes barrières. Certaines femmes ont signalé l'abondance d'informations et de rumeurs qui ne permettent plus d'identifier ou d'être sûre de la bonne information. Les femmes mentionnent également des connaissances relatives à l'origine

géographique de la pandémie, aux mesures préventives et aux situations à risque de transmission.

« Je connais beaucoup de choses sur cette épidémie: je sais déjà que c'est une maladie très contagieuse et rapidement mortelle lorsqu'on ne respecte pas les mesures barrières édictées(...) J'ai entendu que le virus a échappé d'un laboratoire chinois et d'autres rumeurs aussi comme le fait que c'est un "pangolin" qui l'a donné... donc sincèrement je n'en connais pas l'origine, voilà. Parce que j'entends plusieurs versions et ne sais pas laquelle croire, tu comprends? (...) Au début cela ne me disait rien jusqu'au moment où elle est venue au Sénégal et que j'ai constaté la rapidité de la contamination; là j'ai commencé à avoir peur et à prendre des mesures. Je donnais également des conseils à tout mon entourage. » Amy, 38 ans

« Je sais que c'est très difficile. J'aurais aimé que les gens appliquent la prévention pour pouvoir se protéger. On dit que les rassemblements, le manque d'hygiène, la toux, les transports sont des facteurs de contamination. Si on les évite, on peut échapper à la maladie. (...) j'ai entendu dire que la maladie vient de la Chine (...) Cependant je connais les choses à faire pour l'éviter » Nini, 29 ans

« D'après ce que j'ai entendu dire, le virus provient de l'Asie, précisément dans une ville appelée Wuhan en Chine. D'après ce qu'on a entendu dire, c'était dans un marché de poissons que le virus a été détecté pour la première fois. D'après les autres informations que j'ai pu avoir, il y a beaucoup de formes de virus. Mais le COVID-19 à laquelle nous sommes confrontés est nouvelle. C'est un virus qui est nouveau et qu'on ne connaît pas encore bien. Mais il y a d'autres formes de coronavirus qui existent depuis longtemps. » Bintou, 59 ans

Par ailleurs, les femmes interrogées ont donné des réponses claires par rapport aux dispositions à prendre en cas de contamination (isolement, distanciation sociale, appel sur le numéro vert). Les symptômes connus concernent généralement la toux, la fièvre et les maux de tête et c'est pourquoi certaines l'assimilent aux signes du paludisme ou de la grippe. Aucune des femmes interrogées n'a été dépistée pour le COVID-19, au moment où nous les avons interrogées. Cependant certaines ont rapporté des cas de COVID et de mise en quarantaine dans leur entourage. Les enquêtées perçoivent que le virus évolue différemment selon les personnes. A ce propos, certaines ont évoqué les cas asymptomatiques, la possibilité d'en guérir sans prendre aucun traitement et les cas graves qui nécessitent une aide respiratoire. Cependant quelques-unes ont eu des doutes d'avoir contracté le virus à un moment où elles développaient des symptômes (toux, fièvre, maux de tête). Cette situation les a conduites à appeler le numéro vert qu'elles ont jugé inefficace du fait que personne ne répondait aux appels :

« On en guérit. On peut même en guérir sans soins. (...) d'après ce que j'ai entendu dire, on peut avoir les signes, être testé positif et guérir sans pour

autant prendre des médicaments. Il arrive parfois que les gens testés positifs soient guéris sans qu'on leur donne des médicaments. (...) Si j'avais les symptômes et que je me demande si c'est le corona ou pas, j'appelle le 800 00 50 50, le service médical. Je me confîne, je fais tout pour ne pas être à côté de personnes qui me sont chères, les amis, les proches. Je fais tout pour laisser des barrières entre ces gens-là et moi, en attendant une confirmation de mon état. » Bintou, 59 ans

« Si jamais je l'étais, la première chose serait de garder en toutes circonstances mon masque; je devrais passer un appel d'urgence sur le numéro vert pour que l'on vienne me chercher. Si par hasard ce n'est pas possible, je peux m'arranger pour ne pas contaminer la personne qui m'amènera à l'hôpital car il est difficile parfois de joindre les numéros verts.

E: Dis-tu cela parce que tu as déjà essayé de les appeler?

P: J'ai effectivement essayé à deux reprises.

E: Pourquoi?

P: J'avais le corps chaud et mon mari m'a fait peur en me disant "Sais-tu que les maux de tête et le corps chaud dont tu te plains sont des signes du coronavirus?" Du coup j'ai pris peur et j'ai pris mon portable pour appeler le numéro vert, ce que j'ai fait à plusieurs reprises en vain; c'est là que j'ai découvert et compris qu'ils étaient très difficiles à joindre » Amy, 38 ans

Les propos recueillis reflètent également une bonne connaissance des modes de prévention. La majorité des femmes déclarent utiliser le gel hydroalcolique, le lavage des mains avec du savon et de l'eau de Javel, le port du masque pour se protéger du coronavirus. En dehors de ceux-ci, d'autres modes de prévention comme la distanciation sociale, la réduction de l'utilisation des transports en commun, la limitation des déplacements, le séchage des habits au retour à la maison ont été citées. La plupart des femmes jugent que la combinaison de ces différents modes de prévention est efficace. Certaines ont déploré que les masques auxquels elles ont accès ne sont pas toujours adéquats. Quelques masques ont été distribués aux femmes qui fréquentent le CEPIAD tandis que les autres achètent souvent les masques en tissus lavables disponibles sur le marché. Certaines doutent de l'efficacité de ces masques eut égard à la qualité du tissu et de la manière dont ils ont été cousus et à la fréquence d'utilisation.

« Je me lave les mains avec de l'eau de javel, j'utilise aussi les masques. Mais je ne me contente pas d'utiliser un seul masque, j'ai plusieurs masques que je porte en les alternant. A part cela, je limite les déplacements. D'ailleurs personne ne peut partir nulle part à cause des cas communautaires. Car, c'est dans la rue qu'on est beaucoup plus susceptible de contracter le virus. J'évite également les rassemblements comme ceux qui sont liés au transport public et autre. » Garimi, 29 ans

« Oui, j'ai même acheté 5 masques. Je les porte comme il a été conseillé. Je porte un masque même pour aller à la boutique. Au retour du marché, je me lave les mains. Je lave les légumes avec de l'eau et quelques gouttes d'eau de javel. Je nettoie bien la maison car la saleté est source de la maladie. » Nini, 29 ans

« Je me lave les mains et je porte un masque, ce n'est pas aussi efficace qu'un médicament mais ça nous protège. En plus il y a beaucoup de poussière dans ce pays donc les masques peuvent aider à ne pas le respirer. En tout cas, le lavage des mains il faut le faire tout le temps même sans le COVID. La propreté avant tout » Oumou, 35 ans

En outre, certaines critiquent la clarté des messages délivrés par les autorités publiques. Certaines femmes ont le sentiment que la maladie du coronavirus est très politisée au Sénégal. De plus, les personnes interrogées ont noté un relâchement par rapport aux mesures barrières à l'approche des fêtes religieuses et après le discours du président qui mentionnait qu'« il faut vivre avec le virus ». Cette situation suscite une certaine peur chez quelques femmes. Cependant la majorité d'elles déclare avoir confiance aux médecins du Sénégal qui parviennent malgré tout à guérir un nombre important de malades :

« Ah si je fais confiance aux médecins; jusqu'à présent encore je n'ai pas trop peur pour le Sénégal, je ne sais pourquoi particulièrement mais j'ai confiance. (...) C'est juste que les cas communautaires sont inquiétants et on ne peut pas vraiment les comprendre quoi, mais sinon, voilà » Sokhna, 50 ans

« Bon, ceux qui sont en train de diriger... oui, j'ai confiance en eux. Moi, je pense que si on les laisse faire... mais si les politiques s'en mêlent ça ne va pas du tout ! Si on voit comment la pandémie est en train d'augmenter au niveau de Dakar surtout ces temps-ci, si on les laisse travailler, je crois que... au début, ils étaient dans la bonne voie. Mais présentement j'ai vraiment peur. » Bintou, 59 ans

La plupart des femmes considèrent qu'elles ne sont pas à l'abri de la contamination par le virus vu la propagation des cas communautaires et étant donné qu'elles font partie de la population générale. Certaines femmes se perçoivent particulièrement vulnérables à cause de leur état de santé déjà fragilisé par l'usage de drogues, l'âge et des pathologies dont elles souffrent (VIH, hépatites, diabète, cancer...). Elles déclarent qu'elles n'ont pas eu de difficultés à respecter les gestes barrières recommandés car il y a déjà une certaine culture de groupe qui les a familiarisées à l'adoption de bonnes pratiques par rapport aux maladies infectieuses. Ces acquis tels que le lavage des mains, ne pas saluer avec la main, ont été capitalisés grâce aux sensibilisations dans le cadre des programmes de RdR. Aussi pour certaines femmes le fait d'être dans un processus de guérison de l'addiction et d'avoir cessé la fréquentation des scènes de guérison les a jusque-là épargnées du coronavirus :

«Bon comme je l'ai dit tantôt, je prends toutes les mesures utiles pour éviter de contracter le virus. Je reste chez moi et j'évite le maximum possible les déplacements. Même avant cela, je prenais toutes les prédispositions nécessaires car je suis porteuse d'une maladie qui nécessite de prendre les mêmes dispositions que le corona. » Soda, 51 ans

« Oui, c'est pourquoi je fais vraiment attention parce que je ne dois même pas sortir beaucoup. Je dois m'auto-confiner parce que, vu mon âge, les pathologies que j'ai, donc je devrais vraiment me surveiller donc davantage. Voilà, parce que si jamais je choppe le virus, c'est très risqué pour moi. » Bintou, 59 ans

« En temps normal, je n'aime pas la saleté. Je ne vais pas vous le cacher, je n'aurais pas pu me protéger de la maladie si j'étais toujours dans les ghettos à fumer. Je pourrais avoir le virus en allant chercher de l'argent chez une personne qui a peut-être la maladie. Et je ne verrai que l'argent et la drogue. Heureusement, j'ai pris la décision de décrocher lorsque la maladie a commencé. » Nini, 29 ans

Ces éléments sur la perception du COVID 19 par les femmes peuvent éclairer des interventions ciblées, y compris des stratégies de communication et d'éducation sanitaire, visant à minimiser l'impact et la propagation du COVID-19. De manière générale, on peut noter chez les femmes une certaine conscientisation du risque pour soi au regard de leurs propres facteurs de risque. Cette conscience d'être particulièrement fragile par rapport à le COVID 19 à cause de l'usage, les comorbidités et l'âge, influence les comportements préventifs. Elles déclarent respecter les mesures barrières édictées avec beaucoup d'attention. Cette situation a été rapportée dans la littérature, par exemple une étude publiée en 2021 et menée auprès de personnes atteintes de maladie chronique (maladies respiratoires, cardiovasculaires et rénales, diabète et cancer) au Portugal va dans le même sens que les perceptions que nous avons décrites (Laires et al. 2021). Cette recherche rapporte que l'engagement sur les comportements préventifs est façonné par la prise de conscience et la perception du risque, en particulier parmi les populations qui sont plus vulnérables. Elle montre que la perception du risque par rapport à le COVID est élevée dans un contexte de syndémie, cette perception étant liée au fait que ce risque plausible a été abondamment relayé par les médias et les autorités sanitaires. Les auteurs de cette étude rapportent également que d'autres facteurs peuvent contribuer à la perception d'un risque plus élevé. La vieillesse semble être associée à une perception accrue du risque. Le sexe féminin est également associé à une perception plus élevée du risque. D'autres études montrent que les femmes ont tendance à être plus conscientes de leur état de santé et à rechercher des soins de santé de manière plus proactive que les hommes (Laires et al. 2021).

11.2 Les effets du COVID 19 sur les activités personnelles et professionnelles des femmes

La majorité des femmes UD rencontrée exercent des activités économiques informelles : serveuses dans les bars, petits commerces, rabatteuses, travailleuses du sexe. Certaines ont des contrats de prestataires en qualité de pairs-médiatrices dans les programmes de RDR. La survenue de l'épidémie de COVID-19 au Sénégal, en février 2020, a conduit les autorités à mettre en place des restrictions de déplacements et de rassemblements. Ces mesures ont mis à l'arrêt ou limité les activités économiques et personnelles de la plupart des femmes UD. La plupart s'est retrouvée sans revenus avec des difficultés pour gérer les charges quotidiennes (alimentation, logement, paiement de factures). Cette situation n'est pas spécifique aux femmes UD, elle liée à des conditions structurelles.

Les médiatrices dans les programmes de RdR ont été confrontées aux mêmes difficultés que les hommes médiateurs. Les activités de terrain et autres séminaires auxquels elles avaient l'habitude de participer ont été suspendues. De plus la période a coïncidé avec la fin du programme PARECO, certaines femmes qui étaient enrôlées comme pairs-éducateurs dans ce projet n'avaient déjà plus de salaire. Les sorties de terrain pour les activités du CEPIAD permettaient à quelques femmes d'avoir parfois un peu d'argent (soit 30 000 FCFA par sortie) :

« Pour nous, la population UD, en tous cas pour moi personnellement, cette situation est durement ressentie, surtout que là il s'agit d'un couple de population clé et que par conséquent c'est encore plus difficile: il n'y a plus d'activité, plus d'atelier ou tu pouvais glaner quelque chose de temps en temps... En gros c'est très difficile pour nous (...). C'est ça. Nous ne savons pas où nous allons comme ça, ni comment nous allons faire (...) Mais nous ne sommes pas des salariés; d'ailleurs les sorties de terrain de mon mari qu'on devait lui payer ont été arrêtées et tu te retrouves à emprunter ou à demander un peu partout tu vois » Amy, 38 ans

« Oui, oui, oui. Le travail parce qu'on a arrêté. On faisait des sorties de nuit et on était payé. Même dans notre salaire, on a des problèmes. Les salaires ont diminué parce que les sorties qu'on faisait, on avait au moins 30 000 f par sortie. Là, on ne fait plus de sorties. Les causeries aussi, on nous payait. Donc tout ce qui est convivialité, c'est arrêté. Donc ça impacte beaucoup sur nos économies mais aussi sur le boulot qu'on faisait, sensibilisation et tout. » Bintou, 59 ans

« À Thiaroye, ils m'ont dit qu'ils allaient m'y prendre, mais là on ne nous a pas encore appelé pour signer; on est encore là et on est resté quatre mois sans salaire ou trois mois, depuis que le Pareco a été arrêté. » Sokhna, 50 ans

Les femmes médiatrices déplorent l'arrêt des activités de terrain car les usagers de drogues ont besoin de continuer à bénéficier des activités de RdR pour gérer les risques face aux autres

comorbidités et au nouveau coronavirus. La plupart des enquêtées ont plaidé pour la reprise des activités de terrain qui facilitent l'accès aux seringues et demandent d'intégrer les outils de prévention et la sensibilisation par rapport à le COVID-19 au paquet de RdR bien qu'elles n'aient pas eu écho d'un cas de COVID parmi les usagers connus dans le milieu :

« Du coup, nous devons apprendre à vivre avec le virus et commencer le travail, sinon beaucoup de nos pairs et d'autres personnes aussi, risquent d'en pâtir parce qu'ils ne connaissent pas les mesures de distanciation et de barrière. Donc si nous pouvions reprendre le travail nous prendrions des mesures fermes avec l'équipement adéquat pour pouvoir aller sur le terrain et les sensibiliser. C'est ce que moi je pense. (...) Mais c'est le problème de tout le monde actuellement! Même pour l'équipe de terrain du CEPIAD c'est ça leur problème: ils se plaignent chaque jour de cela, des usagers qui sont abandonnés là dehors, on ne sait pas comment ils vivent, ils n'ont pas de préservatifs ni de seringues; du fait que cela n'est pas prudent et peut augmenter les risques de maladie ou même en ramener d'autres. Avant-hier même je l'ai entendu appeler le coordonnateur de terrain et lui dire qu'il fallait faire un plaidoyer pour reprendre les sorties de terrain. Parce que nos pairs doivent être sensibilisés même sur le COVID et parce que ce que j'ai vu est très grave. » Amy, 29 ans

« Présentement je n'ai pas eu l'information d'un usager qui a eu le COVID. Mais il ne faut pas qu'on arrête, je vois que parmi eux, dans les scènes où je vais des fois de temps à autre, je vois que ... parce qu'il y a la polyconsommation, les gens ils prenaient de la méthadone, de la cocaïne... que le partage est toujours là, les gens se partagent les pipes. Quand ils sont ensemble, il n'y a pas de précaution. Quand ils sont dans leur petit coin ensemble, il n'y a pas de précautions du tout. » Bintou, 59 ans

Pour les femmes qui travaillaient dans les restaurants et bars, la fermeture des lieux festifs et le couvre-feu ont réduit et empêché leurs activités. D'autres qui s'exerçaient dans les petits commerces ont également signalé des baisses de revenus qui ne leur permettaient plus de prendre en charge la totalité de leurs besoins :

« Je faisais le commerce bien avant le COVID. Mais depuis l'avènement de la pandémie, au mois de février, j'ai arrêté toutes mes activités. Lors des grands événements, j'allais au marché de Sandaga pour acheter de la marchandise puis la revendre, mais avec le COVID toutes mes activités sont plombées. (...) Je vendais par exemple des lacoste, et si ce n'était pas la pandémie je serais déjà partie en voyage. » Daba, 46 ans

« Bon je viens toujours ici pour prendre mes médicaments. Une fois rentrée chez moi, je m'adonne à mes tâches ménagères. A part cela, j'ai mon petit commerce qui me permet de gagner un peu d'argent. Mais avec le COVID, j'ai suspendu toutes mes activités. Je préfère rester chez moi en respectant les mesures barrières » Soda, 51 ans

« Je fais du commerce mais avec le COVID ça ne marche plus très bien. J'ai été obligée de fermer la boutique de cosmétiques que j'avais ouverte » Aicha, 27 ans

Les femmes UD/TS professionnelles ont eu des difficultés pour avoir des clients du fait des mesures de distanciation sociale et du couvre-feu. Les travailleuses du sexe clandestines ont également eu des problèmes à exercer du fait des mesures d'urgences sanitaires mais aussi par peur d'être contaminées par le virus SARS-COV-2. Malgré la peur du virus, certaines ont dû maintenir leurs activités en l'absence d'autres sources de revenus, la fermeture des lieux festifs a conduit les femmes à organiser de plus en plus leurs rencontres avec des clients au travers des réseaux sociaux. Celles qui ont été interrogées considèrent que cela a des avantages et des inconvénients, y compris en termes de risque socio-sanitaire. Pour éviter la contamination par rapport au coronavirus, quelques femmes ont déclaré avoir porté un masque ou avoir opté pour ne pas embrasser leur partenaire pendant le rapport sexuel. Tandis que d'autres ont estimé que le respect du port du préservatif a été suffisant comme moyen de prévention. Pour certaines, la diminution des relations sexuelles a permis de reposer leur corps et de se protéger davantage des infections sexuelles transmissibles (IST) :

« Malgré que j'ai peur du virus, il faut que je travaille pour survivre. Les clients appellent rarement parce que tout le monde est économiquement touché par le corona. Quand j'ai un client je lui explique qu'on peut tout faire sauf s'embrasser et je garde mon masque. (...) là j'ai remarqué que mon corps s'est reposé parce que je n'ai plus beaucoup de relations sexuelles. Même là ça s'est resserré et puis même si ce n'est pas le COVID ça permet aussi de ne plus choper beaucoup de maladies » Sanou, 35 ans

« Vu qu'il y a le couvre-feu en ce moment, j'utilise mon téléphone ou mon WhatsApp pour maintenir le lien avec certains de mes clients assidus. Moi j'ai plus peur de me retrouver sans argent pour subvenir à mes besoins que du Corona. Je ne porte pas de masque quand je suis avec un client mais je prends toujours un préservatif car c'est important pour ne pas attraper certaines maladies. » Aicha, 27 ans

« Parfois quand j'ai un copain qui m'appelle je suis obligée de partir avec lui pour avoir un peu d'argent pour régler mes besoins. Ensuite je garde un peu de sous parce qu'en ce moment c'est difficile pour tout le monde. Cependant je fais tout pour me limiter aux clients que je connais bien et je fais toujours attention en gardant mon masque » Adjji, 35 ans

Le COVID-19 a également eu un impact sur les réseaux d'entraide et de solidarité des femmes interrogées. La plupart d'entre elles recevaient une aide financière de la part de parents ou amis établis à l'extérieur ou vivant au Sénégal. Le confinement en Europe a empêché les transactions

financières provenant d'autres pays. Les femmes ont également eu des difficultés à bénéficier des soutiens financiers locaux de la part de leurs proches :

« Il y a des gens de l'extérieur qui nous aidaient parfois comme en France mais avec le confinement ça a changé, on se capte parfois au téléphone mais voilà; d'ailleurs mon mari a un ami qui est en Italie qui l'aidait souvent, qui l'a appelé dernièrement en lui disant "vraiment si je pouvais je t'enverrais quelque chose, mais à cause du confinement total..." Tu sais en Italie et en France ils avaient appliqué le confinement total, et du coup on ne pouvait plus recevoir d'eux de l'argent comme avant, car ils nous envoyaient des sommes conséquentes qui nous permettaient de tenir. Donc là aussi le COVID a gâté des choses. Amy, 38 ans

« Une partie de ma famille se trouve à Rufisque. J'ai aussi des frères, l'un se trouve au Niger et l'autre en Espagne. C'est eux qui me soutenaient financièrement, mais depuis l'avènement de la pandémie, j'ai perdu tout contact avec eux. Je ne parviens plus à les entendre au téléphone. Souvent aussi je me rendais à Mbour pour rendre visite à une de mes filles qui vit là-bas avec son mari. Elle aussi me soutenait. Mais avec la maladie, c'est vraiment difficile » Soda, 51 ans

Ces différentes situations occasionnées par le COVID ont renforcé la précarité des femmes. Celles qui ont été interrogées ont déclaré avoir des difficultés pour gérer leurs charges fixes (nourriture, logement, paiement de facture). Quelques-unes ont été contraintes de retourner dans leur maison familiale. On constate également une fragilisation d'un système d'entraide avant l'arrêt des programmes, les proches qui ne peuvent plus aider du fait de l'impact économique du COVID. Même si les femmes UD n'ont pas été très touchées par la transmission du virus, sur le plan social, le COVID 19 les a rendues plus précaires. Cette vulnérabilité économique cause une certaine fragilité sanitaire pour les femmes qui ont continué le travail de prostitution en temps de COVID. Elle cause également une augmentation de la vulnérabilité morale eu égard aux cas de stigmatisation perçus.

11.3 Les effets du COVID 19 sur les usages et l'accès aux soins

La plupart des femmes interrogées affirment que le contexte de la crise du COVID a eu des effets sur l'approvisionnement en drogues et les usages. Pour certaines femmes inscrites dans le protocole de soins du CEPIAD, la perturbation de leurs activités les a conduites à vivre des situations de stress où elles ont été tentées de re-consommer de l'héroïne ou de la cocaïne. D'autres femmes ne consomment plus de drogues injectables mais ont signalé une consommation élevée d'alcool ou de cannabis provoqué par des sentiments de déprime à cause de leur précarité financière. Quelques-unes de ces femmes ont au moins une fois utilisé des drogues injectables à titre récréatif depuis la mise en place des mesures d'urgence sanitaire. Les

femmes encore actives dans la consommation de drogues ont déclaré arrêter de consommer en groupe ou avoir réduit le nombre de personnes avec qui elles consomment :

« Je ne fais absolument rien qui puisse me rendre malade du COVID 19. Tout ce que je fais c'est acheter mon produit et le consommer dans la plus grande discrétion. Et cela au contraire même contribue à me procurer davantage de tranquillité. (...) j'avais cette habitude [consommer avec les amis]. D'ailleurs ce sont mes amis qui m'ont influencée à consommer la drogue. Mais j'ai cessé de les fréquenter parce que le contexte ne permet plus de faire la consommation en groupe. Chacun est obligé de se retrancher dans la solitude pour assurer sa propre consommation. D'ailleurs bien avant mon mariage, j'avais diminué mes fréquentations parce que le moment n'est plus favorable avec l'avènement de la pandémie. » Daba, 46 ans

« J'ai consommé du crack de temps en temps... (...) Très franchement je me sens vieille; parfois je suis dans un état d'esprit où je ne me sens plus moi-même, je ne sais pas. C'est comme de vivre une certaine vie et de te retrouver tout d'un coup à en vivre une autre, comme s'il te manquait quelque chose au fond de toi, voilà. » Sokhna, 50 ans

« J'ai eu à prendre du crack et de l'héroïne car j'étais débosselée mais je n'ai pas exagéré vu mes responsabilités. » Siga, 54 ans

« Je me sens stressée à cause de la limitation des activités, tu ne peux plus profiter, tu ne peux plus avoir de l'argent. Je bois beaucoup d'alcool et chaque jour j'achète 5000 frs de « Yàmbaa ». (...) Je prends des bières et parfois je m'achète une bouteille de Jack. » Aicha, 27 ans

« il arrive parfois que quand on t'en envoie suffisamment, mon mari et moi en prenons une petite partie pour satisfaire un peu les besoins, tu vois? Toi tu comprends, il y a certaines choses que je n'ai pas besoin de cacher... (...) Voilà. Donc si nous avons un montant substantiel, il est possible de satisfaire certains besoins mais s'il n'a pas beaucoup et qu'il sait qu'une fois avoir acheté le produit il n'aura pas de dépense, il préférera aller acheter de quoi manger. (...)...consommation occasionnelle une seule fois...et je lui ai demandé "je goûte"...le produit ne me disait rien du tout... Amy, 38 ans

Par ailleurs, la plupart des femmes UD s'accordent sur le fait que la chaîne d'approvisionnement des drogues a été impactée par le COVID-19 avec la fermeture des frontières, ce qui a augmenté le tarif de l'héroïne et la cocaïne. C'est pourquoi cette situation a été utilisée par certaines femmes « anciennes junkies » comme une opportunité pour diminuer leur consommation. La période Mai-Juin 2020 qui a coïncidé avec le Ramadan a été une opportunité pour faire une pause par rapport à la consommation de drogues et à la prostitution. Par ailleurs, les femmes usagères actives se sont plaintes de la cherté des produits (héroïne, cocaïne). Cependant pour certaines il n'est pas difficile de trouver une personne qui les vend

car d'après quelques enquêtées des vendeurs connus du milieu des usagers de drogues sont récemment sortis de prisons et se sont remis sur le marché :

« Jusqu'à présent [le crack est disponible], pratiquement la majeure partie des dealers sont sortis de prison. Le réseau est toujours là-bas et la vente se fait au quotidien. Mes amies viennent chez moi pour fumer. Une fois terminé, chacune rentre chez elle. » Soda, 51 ans

« Comme je te l'ai dit tout à l'heure, c'est la consommation du produit qui me fatigue le plus car je ne peux pas abandonner. Mon mari même n'est pas au courant car je le fais en cachette. Dès fois, c'est avec l'argent qu'il m'offre que je parviens à acheter le produit. Des fois aussi, je contacte des amis ou même mon fils pour pouvoir m'en sortir. Vraiment je suis très dépendante du produit. Avec l'argent dont je dispose souvent, je ne pense même pas à acheter une paire de chaussure ou des vêtements. Tout me passe à travers. (...) Actuellement le « brown » est devenu plus cher maintenant. Par exemple si 5000f suffisait pour la consommation, il faut maintenant au moins 10000f pour se satisfaire. » Daba, 46 ans

« J'ai arrêté de prendre l'héroïne. Je l'ai remplacée par le « crack ». (...) actuellement il n'est pas toujours disponible. Il est devenu plus difficile à avoir. Comme le produit vient le plus souvent du Nigéria, il est devenu plus cher avec la fermeture des frontières. Car le stock qui restait encore dans le pays est épuisé. Du coup, ça entraîne la rareté du produit et la flambée du prix. Ce qu'on vendait au temps à 5000f on le vend maintenant à 10000f. Oui c'est un petit Xeer (caillou) à 5000f. Maintenant c'est ce même caillou qui est vendu à 10000f. Mais moi je n'ai pas 10000f pour acheter. Je n'ai pas cet argent. Des fois ce sont des amis qui l'achètent pour m'en offrir. Ou ils m'en offrent après m'avoir envoyée pour l'acheter. (...) j'ai des amis qui viennent chez moi juste pour fumer. Et à cette occasion, ils m'en offrent pour que je puisse fumer moi aussi. (...) Quand elles viennent chez moi pour fumer. Je mets ma chambre à leur disposition (...) ce sont toutes des femmes. (...) on respecte la distanciation physique, on se lave les mains et chacune amène sa pipe ». Soda, 51 ans

Ces données sur les pratiques d'usages montrent qu'il y a une sorte d'agrégation de facteurs qui a un impact sur l'usage des produits en temps de crise. Le COVID a provoqué un changement par rapport la disponibilité des drogues (mais pas pour toutes les femmes). Cette situation en plus du stress économique a réduit l'usage des substances (pour celles aux liens faibles dans le milieu de la drogue) ou a conduit les personnes qui utilisent les drogues à substituer leur consommation par des produits plus accessibles. En outre bien que les produits soit moins accessibles, le stress causé par les difficultés économiques et l'arrêt des activités personnelles pendant le COVID, a été à l'origine d'une augmentation de l'usage ou de phases de re consommation de drogues.

Du côté des soins, les activités proposées au CEPIAD ont été réduites. L'emport à domicile du traitement de substitution aux opiacés, la méthadone, initialement prévu les week-ends et jours fériés, a été étendu à une semaine pour la plupart des patients du fait du Covid 19. Les activités de terrain des équipes Outreach qui vont vers les populations les moins accessibles pour délivrer des services de RDR ont été également suspendues. Des financements attendus pour mettre en place des activités spécifiques répondant aux besoins des femmes ont été retardés du fait de la crise sanitaire. Cette situation a impacté sur l'observance des traitements. Les femmes qui utilisaient les services de santé mobiles ont déploré l'arrêt des activités RDR Outreach et des cliniques mobiles (ANCS, Enda santé) alors qu'elles avaient besoin de sensibilisation sur les risques en temps de COVID-19.

Par ailleurs, certaines femmes ont profité de l'emport de la méthadone pour diminuer les doses délivrées, les fractionner en petites quantités en vue d'expérimenter l'arrêt du traitement de substitution. D'autres ont déclaré avoir oublié de prendre leur traitement par moment. Quelques femmes ont rapporté avoir eu des difficultés de transport pour venir prendre leur traitement à cause de la reconfiguration du secteur des transports. La généralisation de l'emport de la méthadone à une semaine est mal perçue par quelques femmes qui dénoncent qu'elles n'ont plus de lieu où se rencontrer avec les autres pour se sentir moins isolées :

« Deux jours de suite, je suis allée pour prendre un bus mais la queue était tellement longue que je n'arrivais pas à venir prendre mes médicaments. J'avais un manque mais ... lorsque je suis arrivée, le docteur m'a demandé de faire un test parce que je suis resté 2 jours sans venir. Il m'a demandé de lui dire la vérité sur comment j'ai fait car les résultats étaient négatifs. Je lui ai expliqué. Un jour, j'ai oublié de prendre la méthadone, j'ai appelé M. [le commis de pharmacie qui dispense la méthadone] pour lui expliquer, j'ai pris une seringue pour mesurer moitié de la bouteille [d'emport de la méthadone]. Si je n'avais pas pris, j'aurais eu des troubles de sommeil. Le lendemain j'ai pris l'autre moitié. Si on prend les 6 emports de la semaine, il y aura toujours des restants dans la bouteille. Du coup, si j'essaie de cumuler ces restes, je peux avoir une quantité qui pourrait me satisfaire. Je lui ai dit toute la vérité. (...) je l'avais gardé [méthadone] pour le jour où j'étais en retard, je n'ai pas pu venir prendre la méthadone et j'ai pu utiliser ça » Nini, 29 ans

« L'impact est négatif. Car autrefois en venant ici, on avait la possibilité de se voir et de discuter entre amis et même entre patients. Mais maintenant on n'a plus cette possibilité à cause de la pandémie. Arrivée dans les lieux, on a juste le temps de faire sa consultation, de prendre ses médicaments pour ensuite repartir. Et c'est suivant un intervalle d'une semaine. Par exemple en ce qui me concerne c'est chaque mardi (...) Avant c'était chaque jour et depuis presque un an (...), avant le COVID c'était plutôt deux jours dans la semaine, c'est-à-dire le mardi et le vendredi. (...) c'est bon quand même.

Seulement ce qui nous manque un peu, c'est cette possibilité qu'on avait auparavant de s'asseoir et discuter entre amis» Soda, 51 ans

« Bon quand je viens ici, je bois un pot de méthadone. Ce qui veut dire qu'une fois rentrée chez moi, je ne vais pas le prendre à la même heure. Et là on peut dire qu'il y a changement à ce niveau. Je divise en deux la quantité que je prends ici lorsque je suis chez moi. Donc une fois à la maison, je diminue la quantité de méthadone à prendre. (...) C'est une partie que je garde et que je réserve pour la nuit. Maintenant je bois la méthadone par petite quantité. Je ne le prends pas d'un seul coup comme lorsque je suis au niveau du centre. » Soda, 51 ans

« Il n'y a plus d'activités, ni de causeries, tu ne vois plus personne, ni rien (...) J'y vais tous les mercredis matins pour prendre pour la semaine. (...) Cela fait longtemps que je n'ai pas vu mon addicto. J'y vais avec sérénité, je ne suis pas inquiète parce que je fais confiance aux médecins » Sokhna, 50 ans

En voulant respecter les règles de distanciation sociale, les soignants oublient que le CEPIAD représente une opportunité de rencontre, de discussion pour certaines femmes UD. En les privant de cela, la pandémie renforce la vulnérabilité des femmes UD.

Il n'y a pas eu de ruptures pour le traitement ARV. Malgré la peur de se faire contaminer les femmes concernées n'ont pas hésité à aller dans les structures de soins pour prendre leur traitement. Aucun problème ne nous a été signalé par rapport à la prise de médicaments antirétroviraux. La plupart des femmes interrogées à ce propos signalent qu'elles sont conscientes de la nécessité de respecter leur traitement pour le VIH malgré la pandémie. Cependant les femmes vivants avec le VIH ont exprimé une inquiétude face au temps imparti pour aller chercher les ARV. Les rendez-vous sont passés de délais de 3 mois à 6 mois en temps de COVID :

« (...) Maintenant, c'est par six mois que nous recevons notre dotation en ARV (...) [avant] c'était à une fréquence de trois mois. (...) Oui six mois et après les avoir terminés tu reviens pour t'approvisionner à nouveau (...) six mois c'est très long, alors qu'auparavant la vérification de notre état de santé se faisait régulièrement sur un intervalle de trois mois. Mais rester six mois sans avoir aucune information sur ton état de santé c'est trop risqué. » Soda, 51ans

Ces données montrent la manière dont l'accès aux soins a été impacté par le COVID 19. La réorganisation des soins au CEPIAD a provoqué un accès limité aux réseaux de soutien par les pairs ou à d'autres sources d'interactions sociales. Ce qui contribue à isoler davantage les UD. Cette situation expose à un non-respect des traitements ou à des comportements à risque qui peuvent fragiliser davantage l'état de santé des femmes.

11.4 Opportunités et stratégies de résilience

Dans le contexte du COVID, les femmes interrogées ont mobilisé différentes stratégies d'adaptation et saisi les opportunités qui s'offraient à elles. Pour faire face à la précarité financière en temps de crise, quelques femmes ont déclaré avoir utilisé dans un premier temps leurs économies. Certaines ont continué leurs activités malgré la baisse de leurs revenus. En revanche, d'autres ont demandé de l'aide à des proches ou à des connaissances. Certaines femmes considèrent que le fait de demander de l'aide pour leur survie les a exposées à des propos stigmatisants par rapport à leur statut de UD :

« Avant je vendais quelques articles mais avec cette maladie, je ne fais aucune activité. J'utilise mes économies, je serre vraiment la ceinture et des fois je demande de l'aide à mes connaissances ou à mes cousines ce qui m'est très difficile car ce n'est pas facile de toujours solliciter des gens pour de l'argent. » Siga, 54 ans

« Je demande de l'aide à mes amis... mais là je suis inquiète parce que celui qui m'aidait il peut plus parce que chacun essaye de s'en sortir. Celui qui me soutenait a des problèmes en ce moment. Je me demande comment je vais faire pour continuer à vivre avec mon enfant. C'est très dur » Coura, 35 ans

« Quand tu parles à une personne parfois tu peux te sentir marginalisée ou stigmatisée à cause de ton statut tu vois; ce n'est pas tout le monde qui peut comprendre et gérer tes problèmes. Tu ne peux les expliquer qu'à des personnes qui ont une certaine connaissance des droits humains, qui comprennent et peuvent t'aider. (...) J'ai dit à mon mari "telle personne est dans la réponse", donc je l'ai appelé et lui ai posé mon problème parce que Dieu sait que ce jour-là il n'y avait rien dans la maison, mon mari ne pouvait pas aller régler quelque chose car sa jambe lui faisait mal et il était limité à la maison. Donc j'ai appelé la personne pour lui soumettre mon problème et elle m'a dit "j'espère que tu ne vas pas acheter du crack avec", à quoi j'ai répondu "Astafiroulah! je suis une ex-consommatrice, je ne touche plus" et elle m'a dit qu'elle me taquinait seulement et m'a envoyé de l'argent. Pour te dire qu'on te stigmatise à cause de ton statut (...) Il y en a d'autres à qui j'avais demandé, de même que mon mari qui te disent "je vais te revenir": ils te marginalisent. Nous sommes dans une période qui, de supportable avant, est devenue très difficile avec le COVID; du coup tu te tournes vers des personnes qui sont mieux loties que toi et pourtant quand tu les interpelles, le voient autrement. » Amy, 38 ans

Certaines femmes ont rapporté que le COVID leur a permis de réfléchir et de prendre des décisions positives dans leur vie. Quelques femmes ont décidé de saisir cette opportunité pour arrêter ou de faire une pause par rapport au travail sexuel et à l'usage de drogues. Certaines ont signalé que ça leur a permis de revenir à plus de spiritualité, de penser à Dieu car le contexte du coronavirus rappelle la fragilité de l'homme et l'importance de la foi :

« J'ai décidé de laisser la prostitution et la consommation de drogues parce qu'on m'avait promis un travail d'entretien. J'avais commencé les démarches mais le COVID a tout suspendu ...depuis on ne m'a pas appelée. Le COVID m'a permis de réfléchir et de penser à ma fille... Là je ne veux pas continuer à sortir et courir le risque d'amener le virus à ma fille. Pour le moment je rends grâce à Dieu, pour la nourriture j'essaie de survivre Je reçois de l'aide de la Caritas. J'espère que les choses vont bientôt s'arranger parce que je veux sortir définitivement de ce style de vie » Coura, 35 ans

« Avec les mesures barrières il m'est difficile de continuer mon activité personnelle, c'est pour cela j'ai tout stoppé. Je n'exerce plus depuis le début de cette maladie en tant que professionnelle du sexe (...) J'avais mis de côté quelques économies sur mon compte orange money ce que j'ai eu à utiliser au début, mais mes économies étant finies maintenant cela m'est très difficile de tout gérer. (...) En ce moment je cherche un travail. Une connaissance m'avait mise en contact avec une entreprise qui cherchait une technicienne de surface mais depuis lors elle ne m'a pas recontactée. Je cherche sauf que c'est très difficile d'en trouver en ce moment. Avec le temps du Ramadan j'ai aussi arrêté la consommation de drogues » Soukeye, 43 ans

« Opportunité c'est au niveau du travail. Je ne vois pas l'opportunité que la pandémie nous a donnée. Mais individuellement, ça m'a permis de réfléchir sur beaucoup de choses, la vie ne tient qu'à un fil. La vie, ce n'est rien. Tu peux te lever un beau jour et toute ta vie se bouleverse pour un petit virus de rien du tout. Sur le côté spirituel aussi, je me rends compte que l'existence de Dieu, je savais qu'il existait mais c'est présentement que je me rends compte vraiment, de sa Miséricorde. Il peut nous anéantir pour peu. Et je me dis des fois que c'est qu'on a dû faire quelque chose et c'est sa façon à lui de nous punir, de nous montrer qu'il est la Miséricorde. C'est lui et personne d'autre » Bintou, 59 ans

Le COVID 19 a donc donné l'opportunité à certaines femmes de marquer une pause dans la prostitution ou dans l'usage de drogues, de retourner vers une certaine spiritualité. En Novembre 2020, OSIWA a financé un projet dédié spécifiquement aux femmes UD. Cette subvention a permis de mettre en place une première association d'usagères de drogues injectables au Sénégal.

Ce besoin de se formaliser en association a été déjà documenté dans nos enquêtes initiales. Les activités associatives des femmes ont démarré en Février 2021 et ce projet d'accompagnement des femmes a été confié à l'ONG Enda santé qui a une longue expérience dans le renforcement de capacités des organisations communautaires de bases au Sénégal. Nous reviendrons plus en détail sur le processus de la création de cette association au chapitre 15 où nous allons analyser la prise en compte du facteur genre dans les réponses proposées. Ceci témoigne d'une volonté de la société civile de vouloir apporter des réponses adéquates aux besoins identifiés par les

femmes. Des initiatives plus ciblées sur la vulnérabilité économique ont été initiées par d'autres acteurs.

11.5 L'aide apportée en temps de COVID

Pour venir en aide aux usagers de drogues mais aussi aux autres populations clés, certains acteurs communautaires : Alliance Nationale des communautés pour la santé (ANCS)⁸⁵, Sauver Ma Santé (SMS)⁸⁶ ont fait des distributions de kits alimentaires, de savons et de gel. En ce qui concerne les femmes spécifiquement, l'association J-GEN, Woman Global Entrepreneurship⁸⁷ en collaboration avec le CEPIAD ont organisé une activité où elles ont fait une distribution de vivres après une séance de sensibilisation sur le COVID et les autres maladies infectieuses et une distribution d'auto-tests VIH.

« E: Il y avait même un bailleur qui nous avait un peu aidé nommé ANCS qui donnait des kits alimentaires aux populations clés, ce dont nous vous remercions profondément. L'association nommé J-GEN a aussi fait une activité au CEPIAD où on nous a remis un kit alimentaire. Ça a été l'occasion de donner des auto tests aux femmes et de faire une séance de sensibilisation autour de ça» Amy, 38 ans

Quelle que soit la catégorie, les femmes interrogées apprécient positivement les réponses apportées. Les denrées reçues ont permis à quelques-unes d'améliorer les repas quotidiens pendant un moment. Certaines se réjouissent de l'aide apportée à une communauté qui se sent stigmatisée. Par ailleurs, d'autres ont formulé des attentes et estiment que les acteurs doivent aller au-delà de la distribution de vivre en contexte de crise. Les femmes souhaitent bénéficier de bourse familiale et d'une reprise des activités de sensibilisation et de RdR :

« Personne ne nous aide, tout le monde dit que nous sommes des putes...donc nous sommes toujours contentes de voir quelqu'un qui tient compte de nous et vraiment le kit alimentaire nous a aidées au moins pendant un moment » Oumou, 35 ans

« Mais tu sais comme tu le sais il y a des choses qui ne suffisent pas: une fois qu'on t'a donné du riz, de l'huile, du savon pour te laver les mains, tu as quand même besoin de quoi aller au marché et acheter du poisson, du café,

⁸⁵ L'ANCS est une organisation de la société civile qui intervient dans la réponse au VIH au Sénégal depuis 1994. Elle est Récipiendaire Principal du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme depuis 2005, pour la coordination des interventions des Organisations de la Société Civile. <https://www.ancs.sn/>

⁸⁶ SMS est une association identitaire d'usagers de drogues à Mbour qui ont reçu un fonds de Frontlines AIDS pour des activités dans le cadre du COVID 19. Ce fond a permis de faire une distribution de kits alimentaires auprès des membres de la communauté

⁸⁷ J-GEN est une association de femmes sénégalaises qui vise à améliorer la condition féminine (promotion de l'entrepreneuriat féminin, lutte contre les violences basées sur le genre...)

du lait tu vois. J'ai même fait une petite interview sur le COVID pour le compte du journal l'ANCS et j'avais un peu brossé le sujet, si nous pouvions être aidées un peu plus si possible avec par exemple une somme d'argent qui pourrait être une bourse familiale par exemple, car on ne sait pas jusqu'où cette ira.(...) 1 sac de riz de 50kg, une barre de savon de 8 morceaux, 5 paquets de sucre et 5L d'huile; ça avait comblé certains de nos manques mais, il y a de ces choses qui sont difficiles à vivre et à expliquer(...) Comme ce que j'avais dit, de bénéficier de bourses alimentaires avec les autres populations clé, surtout pour les couples de populations clé pour qu'elles disposent de (...friture sur la ligne de nouveau) pour les aider parce que tu ne peux pas tout le temps être là à quémander, ce n'est pas possible » Amy, 38 ans

« L'ANCS a fait un grand geste en nous donnant un kit : riz, savon, huile ; eau de javel et autres. Cependant de mon point de vue, elle devrait nous aider autrement même si cette aide a été utile pour nous, la priorité c'est la sensibilisation, je pense qu'il est mieux de développer des stratégies pour lutter contre ce virus. » Siga, 54 ans

Ce type de réponse axée sur la distribution de vivres suscitée par les organisations communautaires (ANCS, SMS, J-GEN) rejoint les initiatives d'aide au niveau national. Ces interventions visent à répondre à l'impact socioéconomique des mesures d'urgence sanitaire (confinement, couvre-feu...). Au Sénégal, une aide alimentaire a été organisée à l'échelle nationale pour venir en aide aux ménages les plus démunies. Les femmes interrogées n'ont pas été touchées par la distribution de l'Etat. La plupart des femmes considèrent que l'aide alimentaire ne règle qu'une partie des besoins et dans un temps limité. Elles estiment que le plus important est de réfléchir à des solutions pour que les populations puissent continuer à exercer leurs activités économiques ou d'adresser une aide durable en octroyant des bourses de soutien aux personnes démunies. Cela montre la nécessité d'adapter les réponses aux besoins des femmes UD, qui au-delà de la distribution de vivres et de la méthadone, ont aussi besoin de leur espace de sociabilité, de discussion, de partage et de soutien psycho-social.

Conclusion

Les données recueillies montrent que l'intersection du COVID-19 et des problèmes liés à l'usage de drogues (pathologies infectieuses, précarité, stigmatisation) qui touchent les femmes ont renforcés la vulnérabilité des femmes UD. Sur le plan économique, la précarité financière des usagères a été exacerbée avec l'arrêt et la limitation de leur activité lucrative. Dans la catégorie des « anciennes junkies », les femmes médiatrices se sont retrouvées sans travail avec la suspension des activités de RdR. Les femmes des quartiers populaires et association de TS ont été touchées par l'installation du couvre-feu qui a affecté les activités de commerce et de prostitution. En ce qui concerne, les usagères « du monde de la nuit et du divertissement », la

fermeture des lieux festifs a provoqué une baisse des revenus du travail dans les bars et restaurants. Quelle que soit la catégorie de femmes UD, les difficultés financières en temps de COVID, les ont exposées à divers problèmes : nourriture, prise en charge des enfants, paiements loyers et factures...En ce qui concerne l'usage, certaines ont été contraintes de diminuer leur consommation du fait de la baisse des revenus, de l'épuisement des stocks, et de la flambée des prix des produits dans le marché local alors que d'autres n'ont pas ressentis les effets, en raison de leur ancrage fort dans le milieu de la drogue. Du côté des soins, quelques femmes ont eu des difficultés de transport pour se rendre dans les centres de traitement. Les femmes sous méthadone ont profité de l'emport à domicile pour expérimenter la sortie de la substitution. Sur le plan de la santé mentale, certaines femmes ont été affectées par la solitude et le manque d'activités. Ces situations ont suscité des sentiments de stress, de peur qui les ont poussées à reconsommer des drogues injectables ou à abuser de l'alcool.

Le concept de syndémie nous a permis de voir la manière dont le COVID a créé un fardeau supplémentaire en fragilisant davantage les femmes UD déjà affectées par l'usage de drogues, les pathologies infectieuses, les inégalités de genre, la précarité, la stigmatisation. L'analyse syndémique montre également la manière dont les conditions sociales des femmes UD résultent des choix politiques et ces conditions inégales ont été renforcées par la pandémie. Les fragilités dont souffrent les femmes UD sont une combinaison de facteurs qui touchent les femmes de manière générale en Afrique. Par exemple, la prostitution, légale au Sénégal, est considérée comme un délit lorsque la travailleuse du sexe (TS) n'a pas un carnet de santé ou n'est pas enregistrée au registre administratif. La mise en œuvre de cette mesure contribue à incriminer exclusivement les femmes (HCDH et AJS 2015b). En tant que femmes africaines, elles ont un accès plus limité aux ressources (économique, santé, éducation, justice) que les hommes (P. C. Tine 2020). Ces vulnérabilités, exacerbées par la pandémie de COVID (OXFAM 2020), ne sont pas spécifiques : elles reflètent les inégalités structurelles que les législations ne parviennent pas à annuler, mais elles fragilisent particulièrement les femmes UD.

Chapitre 12: Les trajectoires : désir « d'en sortir » et réalités

Introduction

De la criminalité à la maladie, certaines pathologies sociales comme l'usage de drogues ont été redéfinies d'un point de vue médical et reléguées à la psychiatrie plutôt qu'à des mécanismes « traditionnels » de contrôle social. A partir du 20^{ème} siècle, la médicalisation inscrit la question des addictions aux drogues comme une pathologie qui doit être traitée. L'addiction est alors définie comme une maladie du cerveau⁸⁸. Dans ce sens, pour « s'en sortir », il s'agit d'en guérir (Couteron 2006). Toutefois, l'addiction ne peut pas être réduite à une maladie car elle renvoie aussi à des pratiques sociales. L'entrée dans une trajectoire addictive relève, d'interactions entre l'usager de drogues et son environnement social et familial. A cela s'ajoute la question de l'identité qui est fondamentale. Du rapport au plaisir et à la souffrance, des sensations à la gestion des émotions se déclinent l'histoire de la personne usagère de drogues. Par conséquent, l'addiction trouve du sens autant dans la particularité de la trajectoire de vie de l'individu que dans la complexité de son rapport au contexte social dans lequel il évolue. Si l'addiction nécessite un travail thérapeutique, celui-ci doit être fait en tenant compte de ses dimensions socio-familiales et psychique (Couteron 2006). Après tout, l'addictologie est une discipline qui essaie de prendre en compte le modèle tri-varié (individu-produit-société) proposé par le docteur Claude Olievenstein, précurseur de l'addictologie (cf. chapitre 4).

Peut-on alors guérir ou sortir d'une addiction ? Dans le champ de l'addictologie, le *rétablissement* ou *recovery*, la *réadaptation*, la *rémission* sont autant de termes consacrés pour parler des trajectoires et formes de guérison de l'addiction. Le terme « rétablissement », fait référence à l'amélioration de la santé, en anglais «recovery ». Il est employé de manière ambiguë à la fois en opposition au mot « guérison » et en lien avec l'idée de maladie chronique. C'est un « aller mieux » dans le cadre d'un trouble psychique que l'on ne peut par ailleurs pas guérir (Bouvet 2017). Le rétablissement est alors défini comme un processus de changement par lequel les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances cessent ou diminuent la consommation, rétablissent des amitiés et des liens familiaux, construisent des réseaux sociaux positifs et deviennent des citoyens productifs et responsables. Il se caractérise

⁸⁸ D'un point de vue médical, l'addiction est considérée comme une maladie cérébrale chronique qui se caractérise par une recherche et une consommation compulsives de drogue, malgré les conséquences néfastes. Elle est considérée comme une maladie du cerveau parce que les drogues modifient la structure et le fonctionnement du cerveau. Ces changements cérébraux peuvent être durables et conduire à des comportements nocifs observés chez les personnes qui abusent de drogues.

par la santé, le bien-être et une implication productive avec la famille et la communauté. Le rétablissement peut se produire aux niveaux individuel, familial et communautaire (Stone 2018). Il suppose que la guérison complète n'est pas nécessairement inscrite dans les attentes du traitement chez les praticiens en addictologie. Il s'agit pour le patient de s'adapter à la maladie et de la gérer avec la prise permanente de médicaments, d'apprentissages vers un « aller mieux » et de réadaptation avec des aides sur le plan de la réinsertion sociale (Bouvet 2017).

Dans une approche anthropologique, la guérison n'est pas définie seulement d'un point de vue médical, mais elle est fondamentalement façonnée par les circonstances historiques, sociales et culturelles. Elle doit être appréhendée comme une notion qui a une signification symbolique à l'interface du normal et du pathologique. Les multiples termes utilisés en anthropologie de la santé témoignent du fait que la notion de guérison relève d'une construction au plan individuel et collectif. Si en anthropologie, la maladie revêt trois dimensions : « état bioclinique, représentation et socialisation » (disease⁸⁹, illness⁹⁰, sickness⁹¹), La guérison individuelle abordée à partir de ce schéma conceptuel distingue « la guérison bioclinique, guérison perçue et guérison socialisée ». Cette approche traduit la complexité d'une telle notion (Desclaux, Diarra, et Musso 2021).

Par ailleurs, la nécessité de faire face au problème de santé que représente l'addiction a suscité le développement de programmes et dispositifs visant à traiter la dépendance et accompagner vers l'abstinence. Dans le champ de la Réduction des Risques (RdR), le traitement de substitution aux opiacés (TSO) est l'un des programmes qui ont pour but de diminuer ou de faire cesser la consommation de drogues. Les traitements de substitution sont des médicaments agonistes à longue durée d'action administrés par voie orale. Il existe plusieurs formes de TSO disponibles dans le monde (exemple : la méthadone, la buprénorphine). Bien que chacun soit différent par sa composition et sa durée d'action, ils procurent 24 à 72 heures de soulagement du syndrome de sevrage et de l'envie d'opiacés, et servent de base à une thérapie de soutien social et à des soins médicaux (Stone 2018). Cette forme de traitement de maintien est assez similaire dans son objectif et sa pratique (combinaison d'une pharmacothérapie et de thérapie

⁸⁹ La maladie du point de vue biomédical comme un dysfonctionnement biologique ou psychologique chez un individu

⁹⁰ La maladie en tant que vécu

⁹¹ La maladie socialisée « du fait qu'elle est abordée comme une représentation sociale et charge symbolique pour l'ensemble du groupe social et qu'elle sous-tend les comportements préventifs et de recherche d'aide » (Massé 1995)

de soutien) aux soins actuellement fournis pour la plupart des patients atteints de maladies chroniques (exemples : patients déprimés, diabétiques, hypertendus, asthmatiques ...).

Depuis 2015, le CEPIAD offre un traitement de substitution par méthadone aux usagers d'héroïne à Dakar. En ce qui concerne les autres produits comme la cocaïne/crack, le CEPIAD propose un traitement dit symptomatique des signes de manque du produit associé à une psychothérapie, comme l'indiquent ces propos d'un addictologue du CEPIAD : « Cela consiste à repérer avec le patient tout ce qui concourt à favoriser la consommation de drogues. La prise en charge commence par un entretien motivationnel qui doit aboutir à une décision de cheminer vers un changement de comportement et après on démarre le traitement. Des médicaments (anxiolytiques, neuroleptiques) sont parfois prescrits afin de diminuer l'envie de consommer. Dans certains cas, le but du traitement n'est pas forcément un arrêt de la consommation, mais l'accompagnement vers une gestion⁹² de la consommation. Et que les re-consommations ne sont pas des échecs du traitement mais la phase par laquelle le patient passe avant d'aboutir à l'objectif final » (Notes Discussion informelle en 2018). Cette offre est associée à des activités de convivialité et d'autonomisation (Cf chapitre 5 et 13).

La sortie de l'addiction est un processus complexe et dynamique. Autrement dit, c'est une trajectoire avec des variations considérables selon les individus. Autant les trajectoires d'usage de drogues sont diverses, autant les tracés de « s'en sortir » sont variés. La littérature disponible indique que de nombreuses personnes ayant consommé de la drogue ont arrêté pendant un certain temps, tandis que pour d'autres, l'addiction s'inscrit dans leur trajectoire comme une maladie chronique, couvrant souvent plusieurs décennies de leur vie. Bien que diverses options de traitement soient maintenant disponibles et se soient avérées efficaces, la plupart des usagers de drogues (UD) connaissent plusieurs épisodes de traitements avant d'atteindre une certaine stabilité. L'accent est de plus en plus tourné vers l'adoption de modèles de soins à long terme et de continuité des soins pour comprendre et traiter l'addiction (Soulet 2002).

Dans ce chapitre, nous allons décrire et analyser les trajectoires de sortie de l'usage des drogues (héroïne et cocaïne) à travers trois récits de vie détaillés de femmes qui se perçoivent comme étant « sorties » ou ayant amorcé une sortie de l'addiction. À partir d'une posture bio-ethnographique, nous explorons la construction de la « sortie » des addictions par les femmes. Ces récits nous permettent de comprendre les trajectoires empruntées par les femmes pour

⁹² La notion de gestion de la consommation s'inscrit dans la philosophie de la politique de la RdR qui tolère que les UD puissent parfois consommer tout étant inscrits dans les programmes.

« s'en sortir », les difficultés rencontrées, et la perception des effets des pratiques de *rétablissement* du CEPIAD sur leurs trajectoires de sorties.

12.1 Siga, s'en sortir sans passer par la substitution

Siga est née dans la périphérie dakaroise en 1963. Ses parents ont divorcé quand elle était encore jeune. Elle s'est mariée une première fois au Sénégal avec un compatriote, s'en est suivi un divorce. Elle se remarie une deuxième fois en Espagne avec un dealer nigérien. Ils vont se séparer par la suite. Elle a un enfant dans chacun de ces deux mariages (un garçon et une fille). A partir de 1985, elle voyage et séjourne dans quelques pays d'Europe et d'Afrique. Par la suite, elle rentre définitivement au Sénégal vers 1990. Siga a commencé à consommer de la cocaïne et de l'héroïne quand elle était en Espagne, sous l'influence de ses copains sud-américains, vers les années 1988. Son second époux étant un dealer, elle nous dit qu'elle n'avait pas de difficultés à se procurer les drogues jusqu'au moment où elle revient au Sénégal. Après plus de vingt ans dans l'usage de drogues, elle a recours à plusieurs stratégies de sevrage. Lorsque nous l'avons rencontrée pour la première fois en 2017, Siga nous déclare qu'elle essaie d'arrêter l'usage de cocaïne et d'héroïne sans passer par la substitution par méthadone ou un quelconque traitement. Sa connaissance du milieu des UD à Dakar lui a valu d'être intégrée dans l'équipe de terrain du CEPIAD dès l'enquête UDSEN. Elle vit actuellement avec son garçon et sa mère, sa fille est restée en Espagne avec son père. Aujourd'hui, elle considère qu'elle est sortie de l'usage de drogues après avoir connu plusieurs tentatives de recours qu'elle nous raconte.

12.1.1 Etre hospitalisée en Psychiatrie

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

« Comme je te disais, je fais partie d'une grande famille à Dakar, aussi bien du côté de mon père que du côté de ma mère, donc le truc leur faisait mal et ils m'ont fait hospitaliser dans une psychiatrie, j'ai eu à être internée trois fois, et je me suis échappée à chaque fois. En ce moment il y avait la dame-là, le professeur M. qui était là-bas (...). La quatrième fois c'est moi qui suis

partie moi-même pour leur dire que je veux tout arrêter, que j'ai besoin d'une aide médicale. Les médicaments qu'on me donnait je trouve que ce n'était pas très approprié parce que je devenais comme ces gens-là. Le séjour le plus long que j'ai fait là-bas est une semaine, donc pour cette quatrième fois où c'est moi-même qui suis allée à la psychiatrie, ils avaient refusé parce que je leur ai échappé trois fois de suite. En psychiatrie on nous donnait des médicaments, il y avait aussi un comprimé rouge, mais en fait c'est eux qui nous les donnaient directement, ils nous les donnaient vers 18h30 ou 19h... ainsi que les soins, les radios et tout, (...) ce sont ces trucs que je ne supportais pas. Il y a aussi le fait que j'étais parfois en état de manque, trop même, c'est pour cela que je prenais souvent la fuite. Un jour on m'a rattrapée et on m'a livrée à ces gens-là, et j'ai fait une crise de nerfs très grave. (...)

Mais c'est la fois où j'ai décidé d'y aller que j'ai duré une semaine là-bas, mais par la suite j'ai fui encore. (...) Cette fois, j'étais tellement fatiguée que j'ai demandé à ma famille de m'hospitaliser. Il y a des membres de ma famille qui étaient d'accord et d'autres non, mais on a fini par les convaincre et ils m'ont amenée. Je n'ai même pas duré là-bas et je suis partie, j'ai trompé la vigilance des gardiens et je me suis échappée encore. (...) au départ, ils avaient refusé de me reprendre et j'ai insisté, donc ils ont vu leur chef qui a dit au professeur que je prenais la fuite à chaque fois mais que finalement j'avais demandé moi-même de l'aide ... j'ai fait encore une semaine et je me suis enfuie à nouveau... Un jour j'ai croisé le professeur à la Rue 5, elle me dit de monter dans son véhicule pour qu'elle me ramène et j'ai refusé. (...) Alors quand ils [les membres de la famille] en ont eu marre de moi ils m'ont laissé tomber complètement. Et, je suis allée rester chez mon copain, là où on vend la drogue ».

Ces propos de Siga témoignent de l'approche en santé mentale qui prévalait avant l'ouverture d'un centre de prise en charge dédié aux addictions au Sénégal. La dégradation physique et psychique qui accompagne la prise de substances dans certains cas contribue à faire percevoir l'utilisateur de drogues comme un malade mentale ou un délinquant. Et c'est pourquoi on note qu'avant l'arrivée du CEPIAD, les familles empruntaient généralement les mêmes cheminements thérapeutiques décrits pour les malades mentaux. Ces thérapies concernent notamment l'internement en psychiatrie et/ou le recours à des marabouts (religieux ou traditionnels). Dans le cas de Siga, la demande d'aide relève dans un premier temps des membres de la famille. Ses problèmes de comportements (agressivité, vols) associés à la stigmatisation sociale que provoque la consommation de drogues sont mal vécus par ses proches (honte). Ces derniers se sont alors dirigés vers la seule offre de prise en charge médicale disponible. Le sevrage par hospitalisation à la demande de la famille est mentionné par la plupart des femmes « anciennes junkies » rencontrées au CEPIAD (cf. chapitre 7) qui ont une longue trajectoire d'usage de drogues. Leurs récits sont marqués par plusieurs épisodes de prise en charge en milieu hospitalier, comme en témoigne aussi le cas de Dibor :

« Ils m’amenaient souvent dans les hôpitaux. Mon petit frère m’a complètement délaissée. Une de mes sœurs, X, m’amenait partout, à la psychiatrie de Fann, de Thiaroye, j’y suis même venue une fois avec mon père avant qu’il décède. Parfois je consommais beaucoup, je venais à la maison et je déconnais complètement. C’est à cause de tout ça qu’elle est fâchée contre moi. Elle a payé 412.000 FCFA à la clinique chez Marie qui se trouve à Bourguiba pour moi. Un jour j’étais sortie et j’ai pris beaucoup de drogues, je suis venue à la maison et je délirais. C’est depuis ce moment qu’elle est en colère contre moi, elle ne me donne plus des habits, ni de l’argent, elle ne me parle plus. » Dibor (52 ans).

Ainsi, les femmes expliquent généralement que l’entourage se décourage après plusieurs tentatives de les aider à s’en sortir et les abandonne à leur sort.

Le mode de sevrage par internement est jugé comme inefficace par Siga et par la plupart des femmes qui l’ont expérimenté, les séjours étant le plus souvent suivis de longues périodes de re-consommation. Pour Siga, le traitement qu’on lui donnait servait juste à l’endormir mais n’arrivait pas à pallier l’état de manque. Les médicaments (anxiolytiques, antalgiques) dispensés dans l’univers psychiatrique sont perçus par les femmes « anciennes junkies » comme inefficaces pour gérer le syndrome de sevrage des opiacés. De plus, on note un manque d’engagement de la part de Siga dans le processus thérapeutique quand elle s’échappe à chaque hospitalisation initiée par sa famille. Ces fugues sont liées au fait qu’elle ne s’approprie pas la démarche d’aide.

Siga considère qu’une rupture s’est opérée lorsque la décision de vouloir s’en sortir est venue d’elle-même. Et c’est à partir de la prise de conscience du désarroi que sa situation cause à sa famille et de l’impact de l’usage de drogues sur sa santé qu’elle commence à mobiliser ses ressources pour tenter de s’en sortir :

« Ce n’est pas une vie quoi, donc je me suis dit il faut que je m’en débarrasse parce que non seulement ça me rongait la santé, et puis je perdais du poids, mais aussi j’avais des problèmes avec ma famille, mes amis d’avant (...). Et donc je me suis dit que je ne pouvais pas continuer sur ce rythme-là, avoir des désaccords avec tout le monde... Donc j’ai réalisé que c’est moi qui suis dans le tort. Alors je me suis ressaisie et c’est une question de choix, ce n’est pas n’importe quel choix parce que j’étais tellement sous l’emprise de la drogue que ce n’était pas très facile. Donc que j’ai commencé à essayer d’arrêter ».

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

12.1.2 Partir en retraite thérapeutique

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

« En 2010-2011, j'ai pris la décision de fuir le milieu, et je suis partie au Mali chez ma nièce. Le voyage a été difficile. Quand je partais, je suis passée par la route, quand on arrive dans un village, je demandais à pisser, et je consommait dans les toilettes car je gardais mes affaires pour faire du plata⁹³. Tu sais quand je suis arrivée à la gare de Mali, je me suis immédiatement allongée par terre, je ne pouvais plus rien car ma dose était épuisée, et plus tu consommes, plus ton sickness⁹⁴ est intense. Ainsi j'avais la diarrhée, je me suis soulagée dans mes vêtements, j'ai vomi, quand ma nièce est venue me chercher, elle m'a trouvée allongée, j'avais demandé à un jeune homme d'appeler ma nièce et de lui dire que je suis malade, et qu'elle vienne me chercher, un jeune homme bien, alors il a attendu que ma nièce arrive pour l'aider à m'amener à la maison. C'était tellement dur, et tu perds même ta dignité. (...) »

J'ai fait 3 mois là-bas, entre-temps je suis tombée malade, j'avais mal partout sur le corps, je suis partie à l'hôpital. C'est ma nièce qui m'y avait emmenée, là on m'a demandé de me faire une prise de sang pour me faire le test du VIH, par la suite le médecin m'a appelée moi, pas ma nièce, pour me dire que je suis séropositive. (...) Ça s'est passé un mois après mon arrivée au Mali. Cela a été une motivation de plus ...là j'ai arrêté la consommation. Après 3 mois je suis revenue, j'avais même prévenu mon médecin que j'allais rentrer au Sénégal. Quand je suis revenue, j'ai changé de logement, mais il s'est trouvé que là où j'habitais aussi on y vendait de la drogue (...) par la suite, j'en ai repris.

(...) Mais je ne voulais plus être accro même, je ne voulais plus de ça, tu comprends... Le fait d'aller au Mali m'a ramenée, en plus la maladie aussi parce que je ne voulais pas mourir, avec les enfants et autres. Je ne voulais pas mourir comme ça, non seulement il y avait la maladie, mais je ne voulais plus être nuisible dans ma société ».

La retraite thérapeutique est une stratégie de sevrage auto-contrôlée. Elle témoigne du caractère dynamique des trajectoires et surtout de l'agencéité des femmes. Elle est initiée par les UD soit à travers un voyage ou un déménagement. Elle consiste à s'écarter des contextes qui favorisent la prise de substances et d'expérimenter le sevrage. On peut voir dans les trajectoires que

⁹³ Terme émique faisant référence à un mode de consommation par inhalation, plus connu sous le nom de *chasser le dragon* (cf. Chapitre 8)

⁹⁴ Terme émique qui renvoie à l'état de manque (syndrome de sevrage dû à l'arrêt brutal de la consommation d'héroïne)

l'expérience de l'usage de drogue relève d'un « réseau symbolique et social ». L'idée derrière la retraite thérapeutique est que la rupture avec les réseaux relationnels et les rituels (achat de produit, fréquentations de certains milieux) pourraient aider à sortir de l'addiction. En somme, il s'agit de partir loin, de réfléchir à la manière de se refaire une vie en contournant les situations à risques. Ce mode de sevrage a été utilisé par d'autres femmes rencontrées comme Sokhna (cf. Chapitre 6) et Bintou qui se sont rendues à Ndindi à un moment de leur trajectoire pour expérimenter le sevrage, comme en témoignent les propos de Bintou :

« Pour arrêter, j'étais obligée d'aller à Touba. J'ai fait six mois dans un village parce qu'en fait j'en avais marre. J'ai essayé tout et ça ne marchait pas. Donc je me suis dit que si je m'éloigne de Dakar, je vais quelque part où il n'y a pas de drogue. Mais pour beaucoup d'usagers, quitter Dakar c'était impossible parce qu'ils ne peuvent (pas) résister non loin de Dakar. Donc je me suis dit que je vais aller dans un village nommé Ndindi qui est à dix kilomètres de Touba, mais à l'intérieur des terres. Donc je suis allée là-bas, j'ai fait six mois là-bas ». (Bintou, 59 ans).

Ces femmes déclarent qu'une telle stratégie est efficace du moment qu'elles se tiennent loin de Dakar. Elles ont initié le voyage thérapeutique en amont de l'enquête UDSEN vers les années 2010/2011, alors qu'il y avait déjà des rumeurs dans le milieu qui annonçaient la prochaine ouverture d'un centre de méthadone. Siga, Sokhna, Bintou sont revenues à Dakar pour participer à l'étude. Elles ont été impliquées dans l'équipe de terrain et ont activement participé à la cartographie du milieu des UD à Dakar. Elles déclarent qu'elles n'ont pas pu s'empêcher de re-consommer de la drogue à chaque fois qu'elles revenaient dans le milieu. Pour Bintou et Sokhna, cette stratégie associée à une automédication (prise d'antidouleurs) a permis de tenir en attendant l'arrivée de la méthadone, comme l'indique cet extrait d'un entretien de Sokhna :

« J'étais à Touba et je restais là-bas avec mes médicaments. Parfois tu peux rester pendant deux mois là-bas et un jour un dealer te trouve là-bas et tu re consommes. Des fois je venais à Dakar et j'en reprenais. Mais à chaque fois il y avait ce désir d'arrêter jusqu'à ce que l'enquête ait commencé. Après avoir entamé l'enquête on nous a dit que le centre sera ouvert, et donc là j'achetais mes tramadis⁹⁵ et je restais là-bas. Lorsque le centre est ouvert, on m'a appelée pour me dire de venir prendre la méthadone » Sokhna (50 ans).

Pour Siga, à l'inverse, cette stratégie représente le point de départ qui l'a mené vers la sortie de l'addiction. Elle explique que lorsqu'elle a consommé à son retour du Mali, elle a pour une

⁹⁵ Terme désignant un antidouleur

seconde fois opté de s'extraire du milieu en déménageant à Rufisque, une autre ville de la région de Dakar :

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

Ainsi le voyage thérapeutique permet de rompre avec le milieu au bout de plusieurs tentatives comme le cas de Siga , de se reconnecter à soi et de diminuer et de contrôler sa consommation. Ce mode d'autocontrôle de la consommation de drogues a été déjà observé par Ndione (2017) qui l'a décrit sous la catégorie « *Voyage hors du milieu* ». Comme l'explique Ndione (2021) :

« 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 » (Ndione et Desclaux 2021)

12.1.3 Être médiatrice, une possibilité d'arrêt durable de la consommation

En 2017, Siga quittait Rufisque pour venir au CEPIAD tous les matins. Elle travaillait dans le centre comme pair médiatrice Outreach⁹⁶ et se chargeait également de l'accueil et de l'orientation des UD. Elle revendiquait qu'elle commençait à s'en sortir par sa propre volonté et ses propres stratégies. Elle nous dit que la méthadone lui a été proposée à l'ouverture du CEPIAD, mais qu'elle a refusé de s'inscrire au programme. Nous avons cherché à savoir les raisons derrière ce refus de prendre ce traitement perçu comme « un miracle » par la plupart des UD que nous avons rencontrés :

« Parce que ce n'était pas nécessaire en fait... (...) Parce que là je contrôlais ma consommation, (...) Je gouttais de temps en temps parce que j'avais envie de ressentir des trucs, quelque chose comme ça, mais je ne voulais plus être

⁹⁶ Le pair médiateur ou médiatrice est une personne qui utilise son expérience vécue de rétablissement, ainsi que les compétences acquises dans le cadre d'une formation formelle, pour fournir des services dans des contextes de santé comportementale afin de promouvoir le rétablissement corps-esprit et la résilience. Dans le cadre des activités de Réduction des Risques, le CEPIAD a mis en place une équipe de terrain qui fait de « L'aller vers ». Autrement dit c'est une équipe qui mène des interventions de proximité dans le milieu des personnes soutenues.

addicte, parce qu'être addicte c'est perdre beaucoup de choses, tu perds même ta dignité, et je ne voulais plus en arriver là. Moi j'ai touché le bout du gouffre quoi, sincèrement, mais ça ne m'empêchait pas des fois de réfléchir, non moi je ne veux pas ça. Mais c'est quelque chose que j'ai connu (...) et c'est devenu une consommation occasionnelle parce que j'aimais la chose, parce que je l'ai vécue et ça te fait... voilà quoi...(..)

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

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

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

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

Ainsi, on peut noter dans la trajectoire de Siga que la responsabilisation en tant que pair occupe une place centrale dans le processus de guérison. Etre médiatrice participe à la déstigmatisation

sociale. Au détour d'une discussion, Siga nous disait que le simple fait de pouvoir expliquer à sa famille qu'elle a un travail à l'hôpital participe à faire changer le regard. L'importance du rôle de pair dans le processus de guérison a aussi été souligné par d'autres médiatrices comme Sokhna, Bintou, Amy. Sokhna explique dans son récit présenté plus haut (cf. chapitre 6) que le fait de participer à des ateliers, de voyager, de prendre conscience des conséquences néfastes des drogues sur la santé, de vouloir gagner en légitimité auprès des pairs est source de motivations et participe à maintenir l'arrêt de l'usage de drogues.

En résumé, Siga a connu plusieurs épisodes de sevrage dans sa trajectoire. Elle a également expérimenté plusieurs stratégies. Aujourd'hui, elle considère qu'elle s'en est sortie alors qu'elle consomme encore de manière occasionnelle. Cela montre la complexité du sens de la guérison. Du point de vue de Siga, s'en sortir revient à contrôler sa consommation, à se reconstruire une vie. Sa trajectoire montre que la sortie sans traitement est possible même si l'addiction est considérée d'un point de vue médical comme une maladie chronique. Par ailleurs, en sociologie, il est reconnu que certains consommateurs arrêtent de consommer avec l'âge et le temps joue en faveur de la sortie de l'addiction. On parle alors de « *Maturing out* », autrement dit « la guérison par le vieillissement ». Le « *Maturing out* » fait référence au fait que la consommation de drogues et les troubles liés à l'addiction diminuent considérablement au cours de la vie (Vavassori, Harrati, et Favard 2003). Siga a fait une carrière de 30 ans dans la consommation de drogues, on pourrait alors penser que sa décision d'arrêt relèverait d'un processus de maturation qui conduit à l'arrêt de la consommation de drogues. Mais le voir sous ce registre serait assez réducteur de la complexité des éléments (maladie, désir de rétablir des liens sociaux, ne pas vouloir mourir, rechercher une vie meilleure) qui interagissent et qui l'ont poussée vers la sortie (de la drogue).

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

Penda a 24 ans. Elle est drépanocytaire SS. Suite à une consommation abusive de Tramadol par prescription médicale, elle devient addictée des injections de Tramadol qu'elle prenait pour calmer les douleurs que lui cause la maladie (cf. chapitre 7). Quand nous nous sommes rencontrées au CEPIAD pour la première fois, elle est inscrite au programme méthadone depuis 6 mois. Cependant, elle alterne des périodes de re-consommation de Tramadol. En 2018, Penda se marie, elle est heureuse de commencer une nouvelle vie, elle pense à arrêter la substitution. En 2019, quelques temps après la naissance de son enfant, elle décide de rompre avec la prise en charge au CEPIAD. Elle est la seule femme au CEPIAD à avoir abandonné le TSO.

Aujourd'hui, elle se perçoit comme guérie de l'addiction car après plus d'un an d'arrêt, elle n'a pas reconsommé du Tramadol.

12.2.1 Avoir recours au CEPIAD

La première étape vers une sortie de l'addiction pour Penda a été le recours au CEPIAD. Penda nous explique qu'elle y a été conduite par son père. Dans un premier temps, elle nous dit que les addictologues au CEPIAD avaient opté pour une hospitalisation en psychiatrie. Selon elle les praticiens ne souhaitaient pas l'inscrire au programme méthadone à cause de son jeune âge (24 ans). De plus, on lui avait également diagnostiqué une dépendance à la pratique de l'injection. Après 20 jours d'hospitalisation à la clinique psychiatrique de Fann, elle arrête d'utiliser le Tramadol pendant 2 mois. Par la suite, elle va recommencer à s'injecter l'antalgique. C'est ainsi que la méthadone lui a été proposée en dernière recours. Penda explique qu'elle ne voulait pas fréquenter le CEPIAD car la décision d'entrée en traitement ne venait pas d'elle. Cependant au fil des mois, elle va constater des effets positifs de la prise de la TSO sur sa santé :

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

Cet arrêt après une semaine ne va pas durer. Penda va alterner des phases de re-consommation. Comme beaucoup d'autres patients sous méthadone rencontrés, les premiers moments du traitement ne sont pas faciles. Entre les effets secondaires perçus (Insomnies, constipation...) et les reconsommations, les patients essaient d'en discuter avec l'addictologue traitant (R. A. Faye et Desclaux 2018). Les addictologues décident alors de réajuster les doses de méthadone prescrite jusqu'à ce que le patient se sente suffisamment stable, comme l'indiquent ces propos de Penda :

« J'allais au CEPIAD tous les jours pour prendre mes doses (...), donc chaque matin j'allais prendre ma dose et je rentrais ensuite. En une semaine j'ai arrêté, et cela pendant un mois avant de reprendre le produit (...), par la suite j'ai arrêté encore et ainsi de suite (...) Mais j'informais à chaque fois les médecins de la prise de Tramadol, donc c'était à eux de voir s'ils vont augmenter la dose, et au fur et à mesure qu'on augmentait la dose, j'ai fini par diminuer l'usage du Tramadol.

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

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

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

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

« A vrai dire ce n'est pas la méthadone qui m'a guérie car si c'était ça j'en étais sortie il y a longtemps (...), mais quand même elle a contribué (...) quand je faisais des rechutes, c'est la méthadone qui m'aidait un peu à me maîtriser, mais à la fin c'était par décision personnelle. Mais aussi il y a les docteurs qui m'ont aidée ainsi que les activités qu'on faisait là-bas, les causeries, la sensibilisation, mais les docteurs ont beaucoup contribué à l'arrêt. (...) En réalité ce n'est pas tout ça qui été la cause de ma sortie (...) Ma nouvelle vie a participé à mon rétablissement, la vie normale que je voulais vivre. Mes camarades avec qui j'étais là-bas, car je me disais que nous n'avions pas les mêmes raisons d'être dans ce milieu et ma place n'était pas là-bas car je ne me considérais pas comme un junky. J'ai appris beaucoup de choses là-bas, j'ai fait des découvertes car je n'avais jamais vu cette vie-là. (...) C'était aussi des gens qui m'ont appris beaucoup de choses car c'était des innocents auparavant, mais ils sont devenus dépendants et c'était très difficile d'en ressortir, donc c'était une leçon pour moi et en même temps j'avais de la pitié pour eux, c'est pourquoi je partageais beaucoup de choses

avec eux. Mais ils ne m'ont jamais influencée car je n'ai jamais fumé ni utilisé la drogue dure ».

Ces propos de Penda montrent qu'elle rejette cet étiquetage de « drogué ». Elle ne veut pas être assimilée à une « junky ». Elle nous répétait à chaque occasion qu'elle ne s'identifie comme une usagère de drogues, elle est devenue addictée en abusant d'un médicament. Ce refus du stigmatisme peut être interprété comme un mode d'autoprotection et un désir de ne pas s'enfermer dans un univers marqué par la stigmatisation et l'exclusion. Cette idée de s'écarter au mieux de l'image de junky a eu un impact considérable sur la trajectoire de sortie de Penda. Elle constitue pour elle, une motivation centrale pour retourner à « une vie normale ». Comme l'écrivait Coppel (2002), sociologue spécialiste de la question des drogues en France (20) :

« Le stéréotype de Junky est utilisé dans la guerre à la drogue pour faire peur. Ces croyances ont sans doute été efficaces. Le monde de la drogue a toutes les raisons de faire peur, il y a bien des toxicomanes qui ressemblent étrangement au stéréotype de Junky ; c'est qu'ils en sont les premières victimes. Sortir de la toxicomanie c'est rompre avec cette image qui condamne le toxicomane à le rester à vie » (Coppel 2002).

Cela est d'autant plus vrai que la plupart des usagers de drogues sous traitement au CEPIAD préfèrent être désignés par le terme *patient* plutôt que *ex-CDI*. Ils disent que ce terme peut être toléré hors du CEPIAD, car ils n'ont pas et ne proposent pas d'autre terme pour désigner un consommateur qui se soigne, et qui vient d'arrêter la consommation de drogues injectables ; de plus, les termes *junky* ou *drogué* sont des stigmates (R. A. Faye et Desclaux 2018).

12.2.2 Se marier et être mère, étape décisive vers la sortie

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

« Lorsque je devais accoucher par césarienne, c'est la veille que j'ai arrêté la prise de dose de méthadone et aussi le Tramadol et cela depuis 2 ans (...) Je ne l'avais pas préparé et je n'en avais parlé à personne, c'était plutôt ma décision car je ne voulais pas que l'enfant soit dépendant. Mais quand il est né, j'étais en manque car j'avais arrêté la dose la veille de l'accouchement, donc c'est pourquoi ça m'a un peu fatiguée au début car le bébé pleurait beaucoup. C'est après que le médecin m'a dit que c'est à cause du sevrage, mais ça ne m'a pas empêchée de continuer d'arrêter (...) Non ce n'était pas mon gynéco, c'était l'addictologue au CEPIAD qui me l'avait dit. Le bébé n'était pas pris en charge, c'est moi qui le gérais personnellement (...) En fait je ne lui avais rien donné, j'avais juste bien géré le sevrage. Quand j'ai arrêté

aussi, je n'avais pas trop mal, je ne sais pas si ce sont les médicaments qu'on me donnait pour calmer les douleurs de la césarienne ou bien, mais vraiment je n'avais pris aucun médicament. Je n'avais pas aussi avisé le CEPIAD, j'avais juste décidé d'arrêter.

Lors du baptême de mon enfant ils sont venus [des membres de l'équipe du CEPIAD] pour m'apporter ma dose, mais à vrai dire les doses sont toujours dans mon sac, je ne les ai jamais touchées, aussi ils ne m'ont toujours pas appelée ni visitée jusqu'à présent⁹⁷ ».

Si les événements biographiques jouent une place centrale dans les parcours initiatiques, ils sont également des éléments qui influencent les trajectoires de sortie. Les grossesses et la maternité sont souvent décrites dans la littérature disponible comme des étapes où les femmes arrêtent ou modifient la consommation (Simmat-Durand et al. 2013c). Le cas de Penda met en évidence cette corrélation entre perception de son statut, mariage, position du mari, maternité = sortie de l'addiction. Cependant cette situation n'est pas applicable à la plupart des trajectoires. Les femmes qui sont les plus engagées dans la consommation de drogues comme Sokhna, Bintou, Siga, Diary, Tabara, etc. ont décrit le moment de la grossesse comme une période de pause. La plupart d'entre elles ont continué à consommer après la naissance de l'enfant (cf. chapitre.10).

Par ailleurs dans le récit d'Amy, on retrouve des points similaires aux raisons évoquées par Penda. Il apparaît qu'un événement biographique comme le mariage peut stimuler la décision d'arrêt de la consommation. Amy est la seule patiente qui consommait exclusivement de la cocaïne parmi les femmes rencontrées au CEPIAD, elle a suivi une psychothérapie combinée aux activités d'autonomisation. Lors de notre dernière entrevue en 2020, elle se définit comme une « *patiente guérie de l'addiction* ». Depuis son suivi au CEPIAD, elle a reconsommé plusieurs fois. Depuis 2018, elle déclare qu'elle est dans une consommation occasionnelle contrairement à Penda qui a complètement arrêté. Le point commun entre Amy et Penda, c'est la place qu'occupe le mariage dans la trajectoire de sortie, comme en témoignent ces propos d'Amy :

« Je me suis dit aussi que le mariage ne marche pas avec certaines choses, et vraiment je veux me relever aussi, et valoriser mon entourage, mes parents... Il y a des choses qui ne font que gâcher le mariage. (...) je me considère comme une patiente guérie de l'addiction et de la dépendance. (...) parce que, que j'ai ou pas le produit cela ne m'empêche pas de fonctionner vraiment; il y a des choses qu'on ne peut pas dire mais je me connais, tu comprends? Ça peut me trouver quelque part et ne pas me perturber, voilà. Et maintenant

⁹⁷ Le bébé a maintenant 2 ans au moment où nous avons fait cet entretien

quand j'ai de l'argent, je préfère aller régler mes problèmes plutôt que d'aller acheter une dose insignifiante pour après coup m'en vouloir. Je ne veux plus ça ». Amy (38 ans).

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

Toujours est-il que nous avons rencontré Penda une dernière fois en 2021, elle est toujours mariée et son enfant a presque 3 ans. Elle insiste sur le fait qu'elle essaie de se renouveler et pour cela elle a coupé tout contact avec ses camarades du CEPIAD. Elle fait son petit commerce en vendant des fatayas et des beignets, elle nous explique la manière dont son père et son mari sont fiers d'elle. De plus, elle est à nouveau enceinte. Pour elle, sortir de l'addiction c'est aussi se renouveler sur le plan social.

12.3 Soda, s'en sortir à petits pas

Soda est né en 1966 dans la ville de Dakar. Elle s'est mariée une première fois à l'âge de 16 ans. Elle a eu 6 enfants, l'un d'eux est décédé. Après une dizaine d'année de mariage, son mari va prendre une seconde épouse. Soda a vécu la venue de cette coépouse comme une trahison de la part de son mari. Elle va divorcer par la suite... Son mari récupère ses enfants et les confie à la coépouse. Déçue par cette situation, elle va commencer par consommer de l'alcool et du cannabis dans les bars, ensuite de l'héroïne et plus tard de la cocaïne. Soda a aussi mené l'activité de prostitution pendant 3 ou 4 ans pour pouvoir se procurer sa consommation de choix. Puis, elle va se remarier avec un consommateur d'alcool et de cannabis. Elle découvre par la suite qu'elle est porteuse du VIH. Elle est mise sous traitement quelques temps après à l'hôpital de Ouakam. Soda nous confie que c'est son second mari qui lui a transmis le virus. Soda a alterné plusieurs stratégies de sevrage pour tenter de s'en sortir (l'hospitalisation en psychiatrie,

l'abstinence, le recours au CEPIAD). Par ailleurs, elle considère qu'elle a amorcé une sortie de l'addiction avec l'aide du CEPIAD. En début 2017, lorsque nous l'avons rencontrée à la Médina pour la première fois, elle hésitait à fréquenter le CEPIAD, elle redoutait d'être stigmatisée et elle avait aussi des doutes par rapport à l'efficacité du traitement par méthadone. Elle nous dit avoir entamé une démarche d'inscription au programme à l'ouverture du CEPIAD mais avoir abandonné par la suite. Elle se plaignait de la lenteur des inclusions. En fin 2017, avec les sensibilisations des pairs médiateurs sur le terrain, elle accepte finalement de fréquenter le centre. Depuis cette année, elle prend son traitement méthadone et participe activement aux activités du CEPIAD. A notre dernière rencontre, elle déclare être sortie de l'addiction à l'héroïne mais elle consomme encore de la cocaïne, alors qu'elle aimerait tout arrêter.

12.3.1 Amorcer une resocialisation grâce au CEPIAD

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

« Avant, j'étais belle et respectable, mon mari était riche, je ne manquais de rien, tous mes enfants sont nés à la clinique Jean, mais on m'a maraboutée, l'affaire de coépouse, je ne sais pas qui mais seul Dieu sait... Quand j'ai quitté chez mon mari... Par la suite on a enceinté deux de mes filles, ensuite je suis entrée dans la drogue en fumant du cannabis car j'étais découragée, déçue. J'étais belle avant, je peux même te montrer mes photos (...) Ensuite mon ex-mari est décédé (...) mes enfants sont restés avec ma coépouse à cause de la vie que je menais (elle pleure).

Lors du mariage de ma fille, c'est une autre femme qui a encaissé la dote qu'on lui a offerte. Ma fille-là est l'ainée de mes enfants et cela m'a fait très mal. Le mariage m'a trouvée dans un bar et je le disais même à une copine ce jour-là. J'ai vécu ce malheur mais actuellement je rends grâce à Dieu. Aujourd'hui, ma fille là me donne une aide tous les mois, elle sait que c'est la drogue qui m'a fait ça (elle pleure). Si le CEPIAD n'était pas là, je serais morte il y a longtemps, la moitié de mes compagnons sont décédés. C'est une autre dame [la coépouse] qui a profité de ma fille. Tout le monde m'a tourné le dos, ma mère [après l'avoir vu rechuter alors qu'elle l'avait fait hospitaliser en psychiatrie] (elle pleure). J'avais deux sœurs qui m'aidaient, mais ma mère est la première personne qui m'a abandonnée. Je me suis mariée très tôt et j'ai assuré l'éducation de mes jeunes frères et sœurs quand ma mère est partie en Côte d'Ivoire. Je me suis mariée à l'âge de 13 ans, à 14 ans j'ai eu mon

premier enfant, mais actuellement je rends grâce à Dieu. La moitié de mes amis sont morts (elle pleure). J'ai essayé plusieurs fois de me sevrer...

[Après avoir arrêté sa consommation pendant 2 mois par abstinence, elle découvre son statut VIH] Ils m'ont dit que j'ai eu le virus, ce jour-là j'avais tellement honte et c'était la fin du monde pour moi. Alors j'ai réalisé que mon amaigrissement n'était pas dû à la came mais plutôt à cette maladie. Je me souvenais que parfois je me disputais avec des amis qui me disaient que je ressemble à un malade du SIDA, donc c'était vrai. C'est après que j'ai recommencé à fumer car je ne voulais plus de la vie ».

Ces propos témoignent de la relégation sociale qu'engendre l'abus de drogues. Soda estime avoir tout perdu avec l'addiction aux substances : sa beauté, ses enfants, sa mère, ses sœurs, sa santé et même ses camarades avec qui elle consommait. On voit dans le récit de Soda toutes les situations d'exclusion sociale qui marquent fréquemment l'itinéraire de plusieurs femmes UD (cf. chapitre 10). Dès lors, on comprend mieux que l'accès à un traitement soit vécu comme un mode de survie ou un retour à une vie sociale acceptable. Lorsque les autres appartenances sociales sont fragilisées, le lieu de soin se dresse comme un autre mode de sociabilité, dans un nouveau milieu, comme nous l'explique Soda :

« J'aime venir au CEPIAD, les patients sont mes partenaires et on doit nous laisser nous voir au lieu de nous demander de rentrer, comme on le fait maintenant⁹⁸. C'est bien qu'on se voit là-bas jusqu'à certaines heures et chacun rentre chez lui, je pense que ça pourrait nous encourager même à abandonner totalement la drogue. Les activités aussi qu'on nous proposait étaient très intéressantes notamment la cuisine. L'homme est le remède de l'homme ».

Soda suit le traitement depuis maintenant 3 ans. L'arrêt de la consommation d'héroïne ne s'est pas opéré de manière immédiate. Au fil des réajustements des doses de méthadone (20 mg, puis 50 mg et ensuite 60 mg) avec l'aide de son addictologue, elle parvenu depuis un an à ne plus consommer. Maintenant elle se sent guérie car elle retrouve sa place de mère auprès de ses enfants. Elle respecte son traitement ARV et elle a le soutien de son mari, elle est retournée à une vie sociale. Tout cela constitue pour elle une forme de rédemption et influence positivement le processus de rétablissement :

« Aujourd'hui, je me remets à Dieu. Avant, je ne savais pas qu'il y a des médicaments pour cette maladie et pour la drogue, mais quand je l'ai su, je me suis ressaisie. Je prends les ARV à Ouakam, Chez Dr X (...) Ils m'ont recommandé de ne pas avoir des rapports sexuels sans préservatif, d'utiliser à temps mes médicaments, ils me conseillaient toujours et m'encourageaient

⁹⁸ Dans le contexte de la COVID, le personnel du CEPIAD a demandé aux UD de ne plus se regrouper dans le centre pour respecter la distanciation sociale.

souvent, ils m'offraient parfois de l'argent et ils me recevaient dans leurs bureaux. Le docteur m'a rassurée que je redeviendrai normale...

C'est grâce au CEPIAD que je suis redevenue normale, je rends grâce à Dieu, je me lave, je prie et je n'ai aucun problème avec les autres. (...) Je mène une vie normale. Si le CEPIAD n'était pas là peut-être qu'aujourd'hui je serais morte. C'était très dur pour moi avant et j'ai même très mal que je m'en rappelle. (...) L'assistant social m'a beaucoup aidée (...) avec le CODISEN à faire les examens de santé. (...) Autre chose c'est que si j'ai une ordonnance à acheter, parfois on m'aide (...).Vraiment si je savais que tout ça existait, je n'allais jamais me m'enfoncer dans cette ancienne vie. Peut-être que je me suiciderais si je n'étais pas venue au CEPIAD. Là on me considère dans ce milieu et je participe aux clubs. Vraiment tout le reste ne m'intéresse pas, c'est juste que ça a changé ma vie...

Parfois dans ma chambre, je me regarde et j'ai vraiment pitié de ma personne. En plus je m'énerve vite, je n'allais plus aux cérémonies familiales, c'est juste grâce à CEPIAD que j'ai changé, sinon j'allais devenir folle. Mon mari me disait qu'il faut vivre comme les autres, tu as un mari et une famille, donc il faut vivre comme les autres. C'est quelqu'un de très gentil et il m'a aidée, c'est pour cela que quand j'ai fait le test et que ça soit positif, je ne lui ai rien dit (...) je ne lui ai jamais dit à propos de cela car la balle était déjà lancée et il devait m'épouser, et si le mariage n'allait avoir lieu je serais foutue, et je n'allais pas fréquenter CEPIAD encore moins utiliser les médicaments.

Maintenant je me suis rapprochée de mes enfants, il n'y a que ma fille aînée qui pose problème (...). Toutes les autres m'assistent mais c'est elle seule qui m'ignore. Parfois elle m'aide mais elle me regarde toujours d'un mauvais œil. Mon garçon me trouvait parfois à la rue 5 pour m'aider, c'est un baye fall. (...) Ma fille aînée me disait souvent que si elle m'offre de l'argent et que j'en achète de la drogue, elle ne me le pardonnerait jamais. C'est toutes ces choses qui me traversent ma tête jusqu'à présent. (...) Lorsque je devais monter une dent, elle m'avait offert 50.000 FCFA mais elle m'a accompagnée jusqu'au médecin car elle n'a pas confiance en moi (...) mais je suis digne de moi et je reste chez moi et tout le monde me trouve là-bas. Mes autres filles sont plus proches de moi. Le garçon est un baye fall. Mais l'aînée, parfois sa jeune sœur lui dit qu'il faut respecter Soda car c'est ta maman ».

Cette perception du CEPIAD comme bénéfique à l'adaptation des patients a été évoquée dans d'autres récits de vie. Par exemple Dior a rencontré un (ex) UD au CEPIAD avec qui elle s'est mariée. Nini déclare avoir cessé la prostitution avec le recours au CEPIAD et avoir regagné la confiance de sa famille. Elles considèrent la resocialisation comme un repère important de leur processus de guérison. La dimension sociale dans la relation thérapeutique est également un autre élément important qui apparaît dans le récit de Soda. Cela témoigne du fait que la RdR telle que pratiquée au CEPIAD ne se limite pas seulement à la TSO par méthadone et au traitement du VIH mais englobe aussi un soutien social qui influence les trajectoires de sortie

de l'addiction. Les types de soutien indiqués par Soda, notamment les activités de convivialité, constituent une socialité alternative pour des personnes dont les trajectoires sont marquées par l'exclusion. Ici, sortir de l'addiction, c'est aussi amorcer une réadaptation sociale.

12.3.2 Désir d'arrêter toutes les autres drogues

La plupart des femmes qui sont sous méthadone au CEPIAD font ont polyusage⁹⁹ des produits. C'est pourquoi il n'est pas rare que d'autres addictions ou usages occasionnels subsistent même lorsqu'elles arrêtent l'héroïne. Soda continue à consommer le cannabis et la cocaïne. Elle désire cependant arrêter toute sorte de consommation, mais elle estime que ce n'est pas facile de tout contrôler, et la cocaïne l'aide à tenir pendant les moments de stress :

« Actuellement j'ai abandonné complètement l'héroïne (...) Mon problème c'est le Xeer, je la fume toujours ainsi que le chanvre indien et le crack, ça coûte 5000 à 10000. Mais quand je ne les ai pas il n'y a pas de problème de manque comme avec l'héroïne. Je le consomme au feeling. Je les utilise juste pour oublier ma maladie, pour le chanvre indien je l'utilise pour digérer et bien manger. Parfois j'ai l'impression que les gens me regardent toujours à cause de cette maladie même si ce n'est pas le cas, donc c'est la solution pour ne pas me soucier d'eux, je n'ai pas d'amis ni rien, en dehors de Fann, je suis chez moi (...) je veux l'arrêter, si j'ai une autre occupation je l'arrêterai. Je ne sais pas s'il y a des médicaments pour le crack, je crois qu'il n'en existe que pour l'héroïne. Je n'en entends pas parler souvent et je n'en ai jamais discuté avec les docteurs, mais je vais essayer d'en discuter avec eux, n'est-ce pas ? (...). Même dans nos causeries on ne parle que de la méthadone, donc je pensais que le crack peut être arrêté sans médicament. Si j'avais une activité à mener, j'allais l'arrêter, donc quand je me réveille le matin, je me lave, je prie et je pars, je ne vais pas avoir le temps de penser à ça. (...) quand je reste comme je pense beaucoup et j'ai des migraines, mais j'avais une activité à faire, par exemple un commerce, avoir un financement, je pense que je vais tout abandonner... avoir une table de commerce, travailler toute la journée ».

Même si la consommation de cocaïne semble revêtir une fonction thérapeutique pour Soda (gestion du stress. Cf chapitre 9), elle estime avoir besoin d'aide pour s'en sortir. Alors que le CEPIAD propose une psychothérapie pour les consommatrices de cocaïne, elle semble méconnaître cette offre. La persistance de la consommation de cocaïne ou d'un autre produit malgré le traitement au CEPIAD est mentionnée également dans d'autres récits. Par exemple Diary est sous méthadone, mais elle maintient une consommation de crack qu'elle qualifie de festive :

⁹⁹ Elles consomment parfois plusieurs produits en même temps

« Il y en a certaines qui consomment le crack 24 heures sur 24, à moins qu'elles n'aient pas 5.000 F pour acheter la drogue. Moi je ne consomme que la dose qui me rend cool et puis je garde le reste jusqu'au lendemain. Par la grâce de Dieu, si j'avais 200.000 F, je ne gâche que les 10.000 F pour la drogue. Par contre dès que je sens le besoin de fêter, je peux y dépenser beaucoup d'argent parce que c'est pour la fête ». (Diary, 50 ans).

Certaines femmes comme Soda et Diarry maintiennent parfois l'utilisation d'autres produits, cela ne signifie pas pour elle qu'elles n'ont pas entamé un processus de guérison. Elles sont conscientes du fait qu'il faut faire des petits pas pour s'en sortir. Le rétablissement est ici vécu comme un processus qui implique de sauter d'une étape à une autre, de la guérison d'une addiction à un produit à un autre. La gestion de la consommation et l'amélioration de la vie sociale semblent assez significatives dans la construction de la guérison de l'addiction. Le récit de vie de Soda montre qu'elle se sent confiante et plus en sécurité avec la prise en charge au CEPIAD. Mais on voit aussi que cette stabilisation suscite des attentes sociales comme le besoin d'être aidée à s'autonomiser.

Conclusion

En résumé, les récits de vie de Siga, Penda et Soda illustrent trois types de trajectoires de sorties de l'addiction : des trajectoires sans passer par la substitution, des trajectoires marquées par un changement de statut social et des trajectoires amorçant une re-socialisation.

Dans les trajectoires sans passer par la substitution comme le cas de Siga, on note que c'est la volonté individuelle qui est mise en avant dans le processus de sortie, c'est une sortie auto-contrôlée rythmée par la remise en question, la capacité de s'extirper du milieu des usagers de drogues et le fait d'accéder à une identité nouvelle valorisée (médiatrice).

Dans les trajectoires marquées par un changement de statut social (épouse, mère), le traitement au CEPIAD est perçu comme bénéfique et comme une voie d'acquisition d'une stabilité. Cependant, on note un refus du stigmate de *junky* et la substitution est perçue comme une nouvelle dépendance. Le processus de guérison est imputé à de nouvelles identités positives valorisées dans la société sénégalaise

Dans les trajectoires amorçant une resocialisation, le traitement au CEPIAD est perçu comme « un miracle », une opportunité d'accès aux soins, mais aussi une voie de rédemption vers la récupération d'une identité qui avait été altérée, le processus de dé-stigmatisation sociale offre la promesse d'une sortie à petits pas. On y trouve des formes de gestion de la consommation et d'auto-substitution des produits. Cependant la stabilisation crée des besoins d'être accompagnée vers une réinsertion professionnelle.

En conclusion, l'addiction est une maladie du point de vue médical, mais elle est aussi une construction sociale. Rendre compte des trajectoires de sortie est un exercice difficile. Il n'est pas aisé de distinguer ce qui relève du traitement de ce qui dépend des facteurs individuels et sociaux. La trajectoire de sortie de la consommation des femmes s'étend souvent sur plusieurs années. Ce temps long implique qu'elles utilisent plusieurs modes de sevrage, rechutent et recommencent à consommer. Ces différentes stratégies s'inscrivent généralement dans un projet thérapeutique au long cours. Il n'y a pas de linéarité dans les trajectoires de sorties. Les parcours sont variés et complexes, différents d'un individu à un autre même si certaines similitudes demeurent. Les catégories que nous avons dégagées (trajectoires sans passer par la substitution, trajectoires marquées par un changement de statut social, trajectoires amorçant une resocialisation) ne sont pas exclusives.

Par ailleurs, nous avons noté des tournants décisifs dans tous les processus de sortie de l'addiction. Ces tournants sont le plus souvent des événements qui obligent à envisager de faire quelque chose, à réagir pour s'en sortir. Dans les récits, nous avons noté 4 types de tournants : des problèmes avec les membres de la famille, la maladie, le mariage, la maternité. Les récits de Siga, Penda, Soda témoignent de l'impact de ces déterminants contextuels. Leurs trajectoires montrent que le succès du traitement ne dépend pas nécessairement du traitement ou du mode de sevrage. Parvenir à la guérison de l'addiction résulte également d'une reconquête de l'estime de soi favorisée par l'obtention de travail et du soutien familial. La Méthadone permet une stabilité et une amélioration de la relation avec la famille. Mais nos résultats indiquent que la réponse doit aussi se focaliser sur ce qui permet de se reconstruire, de regagner son estime et d'être dans le lien social.

Les facteurs psychosociaux sont importants dans le processus de la guérison. Cet aspect a été souligné dans les approches en sciences sociales (Castel et al. 1998). Cet auteur rapporte que l'addiction ne peut donc être réduite à une maladie du cerveau : « La déchéance n'est pas inéluctable » car il est possible d'en sortir, selon les termes des années 1980. Tous les usagers de drogues n'ont pas recours à des dispositifs spécialisés et mêmes lorsqu'ils le font, le traitement n'est pas toujours identifié comme le facteur déterminant de la sortie. La « sortie » est donc une étape du parcours de l'utilisateur, lorsque interagissent plusieurs éléments (le recours à un dispositif, les ressources individuelles, le soutien social et familial, la volonté...) (Castel et al. 1998)

D'autres recherches publiées et menées en Afrique ont identifié des processus de sortie de l'addiction, sur la base de stratégies, proches de nos résultats. Ndione (2021) a montré, auprès

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

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

QUATRIEME PARTIE : LES FEMMES ET LA PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE, MEDICALE ET SOCIALE

CHAPITRE 13. Le rapport des femmes au CEPIAD

Introduction

A partir des années 2000, la médicalisation progressive du traitement social des usagers de drogues, amorcée dans le monde francophone par Olievenstein suivi de la génération des premiers psychiatres et intervenants en toxicomanie, se diffuse au niveau international. Alors que l'addictologie devient une spécialité médicale, elle s'appuie sur la « médecine des preuves » (evidence-based medicine). Les études disponibles dans la littérature internationale ont fourni des éléments de preuves en ce qui concerne l'efficacité des services de traitement dédiés aux consommateurs de drogues tant pour réduire l'usage de drogues que pour prendre en charge les problèmes sanitaires et sociaux qui y sont associés (Michel 2017; Rhodes et al. 2015). Les études cliniques dans le champ du VIH qui se développent pour améliorer la prévention et le traitement du sida permettent de faire avancer les connaissances sur les possibilités de traitement de l'addiction.

Dans les programmes, le TSO par méthadone associé à un traitement antirétroviral fournit une meilleure observance et de meilleurs résultats virologiques (MacArthur et al. 2014). La disponibilité des outils de RDR (échange de seringues, naloxone et autres matériels) permet d'amoindrir les risques de surdoses et de transmission des maladies infectieuses (VIH, VHC). La prise en charge psychosociale et pharmacologique individualisée conduit à améliorer la qualité de vie des usagers de drogues (traitement de l'addiction et réhabilitation)(Touzeau et Courty 2012; Michel 2017). Ces avancées au niveau international ne sont pas d'emblée acquises dans les pays à ressources limitées, mais elles y sont mises en place progressivement grâce aux institutions de santé globale (ONUSIDA, Fonds Mondial, OMS...) qui prennent en compte les UD en tant que populations clés.

Cependant, malgré la disponibilité croissante des centres de traitement dans le monde assortis de programmes de RDR, avec leurs avantages, on constate au niveau mondial une moindre participation des femmes dans les services dédiés. Le rapport mondial de l'Office des Nations Unies pour la drogue et le crime (2018), estime que les femmes ne représentent qu'un cinquième des personnes en traitement pour l'addiction aux drogues injectables (ONUDD 2018). Depuis la mise en œuvre des programmes de Réduction des risques dans le contexte africain, on observe également une prédominance des hommes dans les services. Au Sénégal, les femmes sont minoritaires (10%) parmi les patients suivis au Centre de Prise en charge Intégré des addictions (CEPIAD), premier centre ouest-africain offrant la méthadone (Fares 2017). Or, pour créer des

possibilités de traitement accessibles, il faut comprendre les déterminants du moindre recours aux soins qui s'exercent au niveau individuel, social, organisationnel et économique (Gueta 2017).

En Afrique, peu de recherches prennent en compte les obstacles que rencontrent les femmes usagères de drogues lorsqu'elles souhaitent accéder à la prise en charge. Des inégalités entre les sexes dans l'accès au traitement des addictions ont été documentées à l'Est du continent (Afrique du Sud, Kenya, Tanzanie) où ont été implémentés les premiers programmes de RDR (Lambdin et al. 2013; Myers, Carney, et Wechsberg 2016b; Zamudio-Haas et al. 2016). Ces études ont identifié des obstacles psychosociaux au traitement comme par exemple la peur de la stigmatisation, la honte, le manque de confiance. Par ailleurs, ces écrits ont également signalés des obstacles contextuels, liés à des inégalités structurelles et de différents niveaux, tels que l'absence du genre dans l'agenda des programmes, le manque de services de garde d'enfants, le manque de moyen de transport, la pauvreté, (Lambdin et al. 2013; Myers, Carney, et Wechsberg 2016b; Zamudio-Haas et al. 2016).

Par ailleurs, les évaluations de santé publique montrent que la disponibilité des services de traitement pour le VIH n'est pas toujours suffisante pour que les femmes aient accès au traitement avec succès. Au Sénégal, la littérature sur le vécu par les femmes de l'infection à VIH et le traitement avec les ARV est assez importante (Desclaux, Msellati, et Sow 2011; Desclaux et Boye 2011). Cependant l'acceptabilité d'une mise sous traitement ainsi que les propositions de traitement pour les hépatites et la dépendance n'ont pas été documentées. Dans le champ du VIH, il a longtemps été recommandé de mettre en place un counseling avec les patients pour s'assurer qu'ils étaient prêts et adhéraient au traitement ARV avant de le commencer, pour assurer une observance optimale ; la pratique du counseling pré-traitement s'est banalisée, puis a perdu de l'importance, au fur et à mesure de la simplification des traitements et de la diminution de leurs effets indésirables, mais l'éducation thérapeutique reste recommandée et importante avant ou pendant le traitement ARV.

Le CEPIAD et son dispositif de RDR notamment CODISEN est défini pour répondre plus particulièrement à la syndémie et aux situations d'empilement des vulnérabilités médicales (pour plusieurs pathologies) et sociales (addicts, pauvres). La syndémie est définie en anthropologie de la santé comme « l'agrégation d'au moins deux maladies ou problèmes de santé dans une population pour laquelle il existe un certain niveau d'interface biologique ou comportementale délétère qui exacerbe les effets négatifs de chacune des maladies impliquées » (Merrilll Singer 2018). Au CEPIAD, le dispositif médical offre pour cela sur place les soins

pour ces diverses pathologies et une aide psychosociale, ainsi que des mesures et activités de prévention. La notion de prise en charge intégrée est une stratégie innovante et originale car ailleurs les UD font l'objet de consultations à l'écart où on ne s'occupe que de leur aspect addiction. Chez les UD atteints de plusieurs pathologies (hommes et femmes), il est donc important de préciser comment s'articule le traitement dans les conditions sociales des UD sénégalais et quelles sont leurs difficultés liées à leurs conditions de vulnérabilité sociale.

Dans ce chapitre, nous allons dans un premier temps décrire l'offre du CEPIAD, puis nous allons décrire et analyser les freins à l'accès identifiés par les femmes et les hommes afin de comprendre la faible présence des femmes parmi les patients suivis. Ensuite, nous allons décrire les choix et perceptions des patients concernant la prise en charge intégrée (dépistage des hépatites, dispensation des ARV) au CEPIAD afin d'en préciser l'acceptabilité dans un contexte de pandémie.

13.1 L'offre du CEPIAD

13.1.1 Objectifs et activités du CEPIAD

13.1.1.1 Objectifs du CEPIAD

L'approche de prise en charge intégrée dans lequel s'inscrit le CEPIAD « met l'accent sur les populations clés qui sont touchées par des syndémies spécifiques » (Rouleau 2020). L'approche intégrée des maladies multiples reconnaît l'interaction de facteurs sociaux, économiques et environnementaux. Elle reconnaît les inégalités entre les sous-populations riches et pauvres, entre les communautés dominantes et celles fortement marginalisées.

L'objectif général du CEPIAD est d'offrir une prise en charge ambulatoire globale aux personnes dépendantes de substances psycho-actives dans le respect de leurs droits humains. Ses objectifs spécifiques sont :

- Assurer un accès aux soins, à la prévention, et au soutien psychosocial aux personnes présentant des addictions et en particulier aux consommateurs de drogues injectables (CDI) ;
- Favoriser la réduction de la consommation de drogues ;
- Favoriser le traitement des comorbidités somatiques et/ou psychiatrique ;
- Prévenir les risques de contaminations virales VIH et Hépatites ;
- Favoriser la réinsertion sociale et professionnelle ;

- Assurer aux femmes un accès au traitement à parité avec les hommes ;
- Favoriser la formation des différents acteurs intervenant dans la prise en charge des consommateurs de drogues¹⁰⁰

13.1.1.2 Activités et gestion du temps

Le CEPIAD vise à prendre en charge la synergie entre de plusieurs maladies (addictions, pathologies infectieuses) ou problèmes (précarité, stigmatisation) concentrés chez les usagers de drogues. C'est dans ce cadre que s'inscrivent les activités généralement effectuées au niveau du centre :

- La prise en charge addictologique médicale, psychologique et sociale : Les consultations auprès des médecins addictologues et somatiques se font généralement du Lundi au Vendredi de 9h à 17 heures. Les assistants sociaux reçoivent les patients également du Lundi au Vendredi entre 8 heures et 16 heures
- Le dépistage (VIH, VHC, VHB, TB) : les patients qui accèdent au CEPIAD ont un Accès systématique au test VIH avec des séances d'informations couplés de dépistage, depuis 2016, le projet CODISEN appuie le CEPIAD dans la prise en charge des comorbidités.
- Les soins infirmiers : Les soins infirmiers sont assurés par les membres de l'équipe de soin du Lundi au Vendredi entre 8 heures et 16 heures. Ils assurent également les dépistages et les tests urinaires à la demande des médecins addictologues et/ou somatiques.
- La délivrance méthadone : Pour être admis au programme méthadone du CEPIAD, il faut obéir à un certain nombre de critères. Le patient doit habiter la ville de Dakar, doit venir impérativement à trois rendez-vous pour des consultations avec l'addictologue, le médecin somaticien et l'assistant social. Des examens complémentaires (un bilan sanguin, des sérologies, la radio pulmonaire..., etc) doivent être réalisées. Une fois tous ces éléments obtenus, un comité hebdomadaire prend la décision sur l'opportunité d'inclure le patient dans le programme de traitement de substitution aux opiacés (TSO). Certaines demandes sont privilégiées, notamment celles des injecteurs, des femmes, et des jeunes qui ont une dépendance sévère. La méthadone dispensée au CEPIAD est délivrée sous forme de sirop, sous contrôle d'un membre de l'équipe de la pharmacie,

¹⁰⁰ Document du plan stratégique 2020-2024 du Centre de prise en Charge Intégrée des Addictions de Dakar (CEPIAD 2019)

du lundi au vendredi de 9 heures à 13 heures. L'emport à domicile est pratiqué les week-ends et jours fériés depuis septembre 2016

- Les activités de convivialité : Il y a 7 activités de convivialités (arthérapie, micro jardinage, causeries, repas communautaires, informatique, alphabétisation, batik). Ces activités favorisent la participation des patients à leur intégration, contribuent à valoriser l'estime de soi, à s'investir et à développer leurs compétences afin de rendre possible leur insertion sociale et/ou professionnelle. Ces activités sont assurées par les membres de l'équipe de terrain qui, organisent des causeries, des groupes de parole dans les quartiers, procède à des échanges de seringue (Distribution et récupération), et offrent des préservatifs.

13.1.2 Espaces et fonctionnement

13.1.2.1 Description des espaces

Le CEPIAD se trouve au sein de l'hôpital Fann. C'est un bâtiment d'un étage :

A l'entrée du centre, au réé de chaussée, se trouve l'espace accueil. Il y a aussi deux (2) bureaux dédiés aux consultations chez l'addictologue et le médecin somatique. Il y a également l'espace soins et la salle polyvalente occupée par les assistants sociaux.

En plus, il s'y trouve une salle de stockage des médicaments, un laboratoire et deux toilettes pour hommes et femmes. À l'étage, il y a l'espace administratif constitué de quatre (4) bureaux situés côte à côte et sont occupés respectivement par la surveillante de service (le major), la secrétaire, le chef de projet CODISEN et le coordonnateur de l'équipe mobile.

A cela s'ajoute la salle informatique, la salle de réunion, la salle méthadone, deux salles d'observations, la pharmacie, et deux toilettes pour hommes et femmes.

Au réz de chaussée, une porte mène à la grande cour qui environne le bâtiment. Dans cet espace, se trouve une grande case de convivialité, une petite case réservée à la cuisine, un réfectoire, un poulailler et un jardin.

Cependant, ces locaux ne sont plus totalement occupés à cause du délabrement du bâtiment. Le personnel s'est replié dans une partie du bâtiment pour pouvoir continuer les activités en attendant les travaux de réfection. Le personnel du CEPIAD a entamé un réaménagement des locaux avec l'appui du CNLS des bureaux et salle de consultations provisoires pour les consultations ont été mise en place en 2021. La figure ci-dessous décrit l'organisation fonctionnelle du CEPIAD

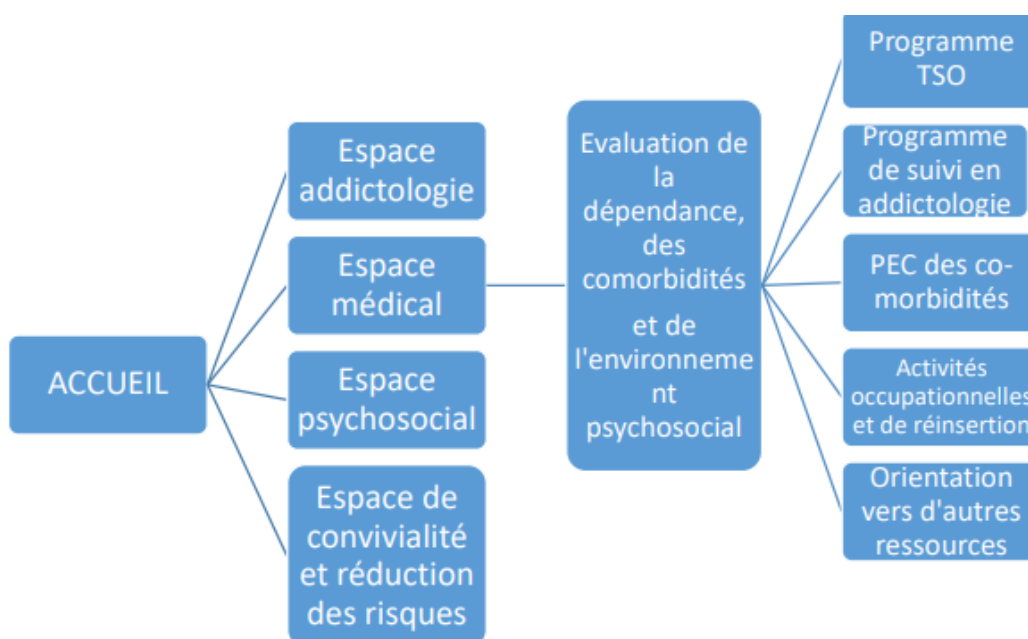


Figure 18: L'organisation fonctionnelle du CEPIAD (plan stratégique 2020-2024)

13.1.1.2 Ressources humaines

Le CEPIAD dispose d'un personnel pluridisciplinaire composé de 4 médecins, 3 infirmiers, 2 assistants sociaux, 1 préparateur en pharmacie, 1 secrétaire administrative et 9 médiateurs. Le coordonnateur du CEPIAD est un psychiatre addictologue. Ce personnel se compose d'agents étatiques permanents au nombre de 06, et de personnes non permanentes au nombre de 14 dont 09 médiateurs, payées par les partenaires et dans le cadre des projets de recherche¹⁰¹. Le CEPIAD disposait d'un psychologue au démarrage de ses activités mais ce poste n'est plus pourvu depuis 2018.

Les médecins addictologues (3) ont pour fonction d'évaluer l'addiction des (Ex) CDI et de leur suivi thérapeutique que ce soit pour le traitement de substitution aux opiacés et/ou l'accompagnement au sevrage. Ce sont aussi les addictologues qui définissent les patients qui doivent être inclus dans le programme TSO ainsi que la dose de méthadone à administrer aux patients inclus. Le médecin infectiologue (1) a pour rôle d'évaluer l'état de santé global des patients. L'équipe propose des dépistages concernant les pathologies en lien avec la consommation de drogues ainsi que le traitement ou réfère les patients vers les services compétents.

¹⁰¹ Document du plan stratégique 2020-2024 du Centre de prise en Charge Intégrée des Addictions de Dakar (CEPIAD 2019)

Les infirmiers d'Etat sont supervisés par une technicienne supérieure de santé e, surveillante du service CEPIAD. Elle gère les soins, l'organisation administrative et supervise toutes les activités du centre, exceptées les activités de terrain. L'équipe effectue les soins infirmiers, les dépistages et les tests urinaires.

Le préparateur en pharmacie se charge généralement de distribuer la méthadone et d'autres médicaments aux patients.

Les assistants sociaux déterminent les besoins d'assistance des patients à partir d'un recueil de données relatives à leur situation sociale, familiale et de leur parcours d'usage de drogues. Ils apportent un soutien permanent aux patients afin de rendre possible leur insertion sociale ou professionnelle. Ils gèrent et proposent des activités de convivialité en collaboration avec les médiateurs.

Les médiateurs forment une Équipe de terrain (Outreach). Cette équipe est composée de travailleurs sociaux, de médiateurs associatifs et de pairs médiateurs (ex) CDI qui sont dans le programme méthadone, sous la tutelle du coordonnateur qui définit le planning des sorties mensuelles et des causeries à l'intérieur du CEPIAD. Ils exercent des activités de proximité de sensibilisation et de Réductions des risques (promotion des bonnes pratiques, distribution de matériels de RDR). Les zones d'interventions de l'équipe de terrain se situent dans la région de Dakar.

13.2 Les barrières au recours au CEPIAD

Cette partie du chapitre se base sur une analyse des récits de 10 femmes et 10 hommes qui ne fréquentent pas ou ont abandonné le CEPIAD après avoir entamé une prise en charge, retraçant leur expérience et leurs perceptions, abordées dans une approche qualitative. Les femmes UD qui ne fréquentent pas le CEPIAD consomment pour la plupart du crack (neuf consomment la cocaïne/crack qui est la forme fumable de la cocaïne, une l'héroïne) ; les hommes consomment de l'héroïne en produit principal. Parmi ces UD, les hommes ont une activité professionnelle ou lucrative (emploi, commerçant, dealer) alors que les femmes ont le plus souvent des activités informelles (serveuses dans les bars et restaurants, petit commerce, travailleuses du sexe, animatrice de télé...)

13.2.1 Les barrières à l'accès identifiées par les femmes

Nos données montrent que la plupart des obstacles auxquels les FUD sont confrontées concernent notamment les relations familiales et la stigmatisation. Des obstacles personnels et des obstacles systémiques ont été identifiés.

13.2.1.1 Les barrières personnelles

La peur de la stigmatisation

Un obstacle majeur parmi les barrières identifiées par les femmes se rapporte aux relations familiales. Les obligations familiales (par exemple prendre soin d'une mère malade, ou de ses enfants) empêchent des femmes d'avoir le temps nécessaire pour se soigner. Un nombre important de ces femmes sont des mères, ce statut induit de plus la peur de se dévoiler en consultant un service spécialisé dans les addictions, ce qui pourrait porter atteinte à la réputation de leurs enfants. Ainsi certaines femmes sont réticentes à aller vers le CEPIAD pour obtenir de l'aide, même si elles reconnaissent en avoir besoin :

« Je veux juste arrêter (...) Je commence à prendre de l'âge et je sais que ce n'est pas une bonne chose. On m'a parlé du CEPIAD mais je ne suis pas allée là-bas, je ne me sens pas à l'aise pour y aller, je ne veux pas que demain mon enfant sache que je consommais (...), je ne veux pas y aller de peur d'y rencontrer des gens qui me connaissent. (...) Ma mère est âgée maintenant, c'est moi qui prends soin d'elle mais ce n'est pas facile. Parfois je ne suis pas en forme le matin parce que je ne dors presque pas. » Néné, 50 ans

Perception non médicalisée de l'usage de drogues

D'autres femmes perçoivent leur consommation de substances comme non problématique, ou évitent l'investissement matériel et temporel que nécessiterait un traitement car elles n'ont pas de problème de santé majeur qui pourrait les motiver à aller vers les soins :

« Au fait, j'ai beaucoup diminué ma consommation, ce n'est plus comme avant. Je sais que je suis très proche de tout abandonner. Je pense que ce n'est pas nécessaire d'aller là-bas » Coumba, 34 ans

« Quand je suis venue, on m'a bien reçue, ensuite je suis entrée dans cette salle-là, je suis passée aussi voir les docteurs, l'assistant. Mais puisque je ne suis pas malade et je n'avais aucun problème, alors j'ai arrêté car ça ne valait pas la peine que je reste » Ndiolé, 51 ans

Ces propos témoignent d'une perception non médicalisée de l'usage de drogues qui fait qu'on ne perçoit pas l'utilité d'aller dans un service qui semble offrir une réponse médicalisée

13.2.1.2 Les barrières systémiques

Doutes de la capacité du CEPIAD à assurer la confidentialité, un des droits humains fondamentaux

Certaines femmes ne souhaitent pas accéder au CEPIAD car elles redoutent d'être stigmatisées par leurs homologues masculins et par les prestataires de soins, eu égard aux images négatives que renvoient les femmes qui consomment les drogues. La plupart de ces femmes souhaitent rester discrètes et craignent d'être jugées par les personnes qu'elles vont rencontrer en entrant dans le traitement en tant que UD mais aussi TS, ce qui constitue un obstacle important à l'entrée en traitement :

« Je ne suis pas prête (...) Parce que c'est ma vie et je connais assez le Sénégal pour savoir que les gens ne sont pas assez professionnels pour ne pas te juger. Je n'ai pas envie de m'ouvrir à quelqu'un, de rencontrer là-bas des hommes qui vont mal te regarder... parce que même les yeux parlent, les regards parlent. Je ne suis pas encore prête pour ça. » Atia, 31 ans

« J'entends dire qu'on distribue la méthadone aux gens qui y vont. Je connaissais une femme de courte taille mais ça fait un bon moment que je ne la vois pas (...) Si les gens y trouvent leur compte autant y aller. Le problème c'est que je ne connais pas exactement comment fonctionne le CEPIAD (...) Parce que je risque d'y croiser des gens qui me connaissent, qui savent que je suis dans la prostitution. Les gens parlent beaucoup, et j'attache une importance à la discrétion. » Soukeye, 43 ans

« C'est pour ne pas être victime de l'indiscrétion que je ne veux pas aller au CEPIAD. Car vous pouvez croiser une personne qui vous connaît et qui va, par la suite, dire à tout le monde qu'elle vous a rencontré à Fann parmi les drogués ou les fous. Et finalement, tout le monde vous colle une étiquette négative » Lena, 30 ans

La stigmatisation sociale en lien avec la consommation de drogues crée un sentiment de honte et de culpabilité. On peut interpréter cette situation comme un besoin de rester caché pour ne pas subir cette exclusion sociale, ce qui contribue davantage à freiner la demande de traitement. D'ailleurs, certaines femmes ont entamé une ouverture de dossier au CEPIAD et l'ont suspendue par crainte d'être stigmatisées. Par exemple, Gnima a rencontré une de ses voisines qui travaille au CEPIAD et à cause de cela, elle n'est pas allée jusqu'au bout de son processus d'inscription dans le programme:

« En fait le premier jour que je suis partie là-bas, on nous faisait bouger d'un endroit à l'autre etc., et je n'ai pas dormi cette nuit, ça m'a causé un stress, parce qu'aussi ce n'est pas facile d'avoir une vie qu'on cache et qu'on décide un jour de se confier, ça n'a pas été facile pour moi. Quand je suis rentrée du CEPIAD je n'ai pas dormi cette nuit. Pour ma voisine je connais rien d'elle,

j'étais dans la même classe que son frère, c'est ce qui m'a le plus fait peur... »
Gnima, 53 ans

Dispositif organisationnel de l'offre de services, peu adapté aux conditions sociales des UD

Certaines déclarent que les horaires d'ouvertures sont peu adaptés pour les femmes travailleuses du sexe (TS) en même temps UD, qui manquent de temps pour aller au CEPIAD pendant la journée, en l'absence d'horaires d'accueil larges. Par ailleurs la plupart des femmes UD/TS utilisent d'autres services de santé (polyclinique, cliniques mobiles avec accès au dépistage du VIH et des IST) mises en place par les ONG, plus adaptées sur le plan des horaires à leur activité :

« Les femmes aussi n'ont pas le temps, beaucoup d'entre nous sortent la nuit du coup la journée ce serait pénible d'aller au CEPIAD en matinée ». Daba,
46 ans

Quelques femmes ont rapporté des perceptions négatives de la qualité des services fournis au CEPIAD : le manque d'interventions attractives pour les femmes, le manque de traitement efficace pour la consommation de cocaïne/crack qui est leur principal problème (en l'absence d'équivalent de la méthadone fournie pour les consommatrices d'opiacés) et plus globalement un manque de prise en charge plus concrète des autres addictions, ce qui dénote un manque d'informations sur les options de la prise en charge au CEPIAD :

« Ils donnent un produit de substitut à l'héroïne (...) Il n'y a que la méthadone, sinon il y a des visites aussi je pense bien on peut se faire ausculter et tout mais à condition que tu fasses partie du programme (...) Et puis, ils ne prennent pas les fumeurs de chanvre et de crack je pense (...) oui c'est les informations que j'ai eues, (...) le crack n'est pas pris en charge par la méthadone, il n'y a pas de produits de substitution (...) »

Beaucoup de femmes que je connais ne veulent pas aller au CEPIAD parce qu'il n'y a pas des activités qui intéressent les femmes par exemple donner des cours de cuisine, ou bien organiser des repas communautaires entre femmes et les laisser gérer c'est-à-dire qu'elles cuisinent et font tout et aussi pourquoi pas continuer avec le batik (la teinture), ça peut les occuper et beaucoup les intéresser, la couture, la coiffure pourquoi pas des choses qui intéressent les femmes. Elles aiment se faire belles » Ouleye, 51 ans

Besoin de discrétion pour éviter la stigmatisation

Des femmes ont déclaré avoir entendu des informations sur le centre qui les inquiètent, à propos de ruptures de confidentialité, ou de la méthadone. Même si ces informations sont erronées, elles constituent un frein au recours au traitement.

« J'ai peur de la métha, je ne veux pas qu'elle me conduise dans une dimension supérieure à celle où je suis en ce moment. Après j'ai entendu des informations sur la méthadone qui ne me rassurent pas.(...) j'ai entendu les gens dire que c'est comme une autre drogue et j'ai peur de le prendre...c'est tout (...)Il faut aussi donner beaucoup plus d'informations sur la méthadone parce que si les gens ne sont pas convaincus que c'est mieux que la drogue qu'ils prennent ils ne vont jamais adhérer.

(.) On a entendu dire qu'on montre les junkies qui sont là-bas à la radio et à la télé et on ne veut pas que notre histoire soit connue de nos enfants, ni de nos familles. On a peur de se dévoiler. On ne veut pas qu'on nous amène à la télé ni à la radio. Par exemple, tout ce qu'on s'est dit ici, si tu l'amènes à la radio ou à la télé c'est facile pour quelqu'un qui me connaît de reconnaître ma voix et c'est surtout pour cela que les filles ont peur » Daba, 46 ans

Ces derniers mots de l'extrait du récit de Daba témoignent d'une certaine méfiance qui est liée à la vulgarisation qui est faite du modèle du CEPIAD lorsque les soignants et les médiateurs sont invités à des émissions de télé pour parler du programme. Les femmes disent souvent qu'elles arrivent à reconnaître les usagers qui font des témoignages même si l'image est floutée. Les écarts entre les modes de gestion du risque de stigmatisation constituent une barrière au recours. La stigmatisation envers les personnes usagers de drogues dans la société est souvent intériorisée par les femmes UD. La stigmatisation perçue suppose qu'une personne reconnaît et croit que sa société a des croyances préjudiciables qui entraîneront une discrimination à son égard. Cette stigmatisation perçue alimente une auto-stigmatisation. C'est-à-dire que la personne elle-même approuve de tels stéréotypes sur soi et l'auto-discrimination qui en résultent. Dans la littérature, la stigmatisation est identifiée comme l'un des obstacles majeurs pour l'accès au traitement des femmes UD. Divers types de stigmatisation peuvent agir comme des barrières non systématiques. La stigmatisation sociale contre les UD est fréquente dans la population générale et peut dissuader les UD de demander de l'aide, en raison des sentiments de gêne ou de honte. L'autostigmatisation peut également dissuader le recours à un traitement lorsqu'elle entraîne une perte de respect de soi et remet en question l'intérêt d'essayer de s'en sortir(Hammarlund et al. 2018).

13.2. 2 Les barrières à l'accès identifiées par les hommes

Les expériences et les récits des hommes ont aussi révélé des obstacles personnels et des obstacles contextuels ou dus au dispositif qui limitent l'entrée et le maintien dans les soins. Ces obstacles sont notamment liés au manque de confiance par rapport aux options de la prise en charge au CEPIAD.

13.2.2.1 Les barrières personnelles

Manque de disponibilité pour utiliser les services offerts

La plupart des hommes UD qui ne fréquentent pas le CEPIAD ont identifié comme barrières personnelles le manque de temps dû à une occupation professionnelle ne permettant pas de se rendre souvent au CEPIAD :

« J'ai ouvert mon dossier, mais vu mes activités professionnelles, je ne correspondais pas au profil du consommateur qu'il fallait prendre en charge. Le CEPIAD m'a appelé plusieurs fois et je n'étais pas dispo (...) Parce que le profil du CEPIAD, il faut que tu sois dans un « lay of » permanent, c'est-à-dire que tu sois dans une situation de chômage permanent, tu n'as pas d'activité professionnelle et tu es libre parce que tu peux y aller tous les matins, mais moi je n'ai pas cette liberté parce que je travaille pour ma survie. Ce n'est pas une pension qui va me sortir de cette mélasse, parce que j'ai besoin d'argent pour entretenir ma maison, il faut que j'aille me battre » Faudé, 64 ans

« Le CEPIAD est fréquenté par les gens qui n'ont pas où aller, moi j'ai mon travail, je suis en mesure de faire une formation au CEPIAD sur la réduction des risques, je suis éducateur social aussi, je travaille sur le terrain, je suis capable de sensibiliser les gens qui consomment l'héroïne ou la cocaïne. » Becaye, 57 ans

Parce que je me suis rendu compte que c'est un truc qui m'empêche d'aller et venir. Ça te fixe sur place, alors qu'à Dakar tout le monde connaît ma capacité à régler des choses. Je ne peux rester sur place, il y a beaucoup de gens qui comptent sur moi. Là j'en ai assez de la discussion, j'ai plein de choses à faire et tu vois que depuis tout à l'heure, il y a des gens qui m'appellent » Mbaye, 58 ans

Pour ces hommes, le manque de temps constitue une barrière importante à l'entrée et au maintien dans les soins. On peut noter dans les discours une certaine représentation du type de patient qui doit fréquenter le CEPIAD qui est assimilé à « un chômeur ». Cette perception est liée au fait qu'au démarrage du programme il y avait une obligation à venir tous les jours au CEPIAD pour la prise de la méthadone et la participation des activités de convivialité. Par ailleurs, quelques hommes ont indiqué des obstacles faisant référence à un choix personnel de vouloir demeurer caché pour ne pas être identifié comme UD. Ces hommes critiquent le fait que le CEPIAD est un milieu convivial où se rassemblent les usagers de drogues en dehors de la prise du traitement méthadone :

« Je ne pars pas au CEPIAD parce que les gens se retrouvent tous là-bas et se connaissent entre eux. Donc je ne veux pas être identifié dans le centre, je ne veux pas que les gens sachent que je suis un junky. C'est pour ça que je ne fréquente pas le centre. » Elimane, 42 ans

13.2.2.1 Les barrières systémiques

Rumeurs autour de l'efficacité de la méthadone et de ses effets secondaires

Les obstacles majeurs identifiés par les hommes se rapportent à la perception de la méthadone et au fonctionnement du CEPIAD. La plupart des hommes ont entendu des rumeurs à propos de l'offre de prise en charge véhiculées dans le milieu des usagers de drogues.

Les rumeurs rapportées par les hommes font référence à la méthadone et à sa capacité à répondre au besoin de sortie, ses effets secondaires et aux perceptions de l'efficacité du produit. La méthadone serait perçue comme une « autre drogue » qui peut créer une nouvelle dépendance :

« Je ne prends pas de la méthadone, on me l'avait proposé mais je leur ai dit que je ne veux pas quitter l'héroïne pour la méthadone, je ne veux pas dépendre de la méthadone, une dépendance pour une autre dépendance, je préfère me sevrer seul. Les gens disent que la méthadone a des effets, il n'y a pas de produits psychoactifs qui n'a pas d'effets, peut-être que c'est des effets mineurs... » Becaye, 58 ans

« Le CEPIAD ne nous dit pas tout par rapport à la méthadone, parce que moi quand je vois des gens qui me disent qu'ils prennent de la méthadone depuis 10 ans ou 15 ans, ça me fait peur. Ça c'est un autre état de dépendance plus facile, personne ne te dit de diminuer et cela doit faire peur. Pour diminuer ta dose de méthadone, il faut tout le temps négocier mais par contre pour l'augmenter, il n'y a pas de soucis. En tout cas pour moi ça fait peur. » Mbaye, 57 ans

Des rumeurs se rapportant à des effets indésirables comme la constipation ou des effets sur la sexualité (baisse de la libido, impuissance sexuelle), à des effets de manque en cas d'incarcération, ont été mentionnées :

« On m'a dit qu'il y a un gars qui prenait la méthadone mais ça accentuait sa constipation, c'est chronique, et depuis lors j'ai dit merci à la méthadone. D'autres ont dit que la méthadone est un médicament puissant, il y a un gars qui vendait de la drogue et qui s'est fait arrêter, bon après il a été relaxé parce qu'il y a une convention entre le CEPIAD et la police, quand la police vous prend on te libère mais il a été incarcéré à la police de Rebeus pour quelques jours. Mais il m'a dit 'Grand, je ne peux même pas vous expliquer le préjudice que m'a fait subir la méthadone pendant ces quelques jours de détention', il en a souffert. » Daouda, 62 ans

« Parce que je discute souvent avec des gens qui le prennent. J'ai vu un gars qui prend de la méthadone et il est marié, tu sais ce qu'il m'a dit ? Il m'a dit que la méthadone conduit à l'impuissance sexuelle. Même ces temps-ci, il a dû l'arrêter. Je veux bien aller au CEPIAD, mais pas pour prendre de la méthadone, si je décide d'arrêter ce sera pour ne plus prendre aucun produit. Pour moi la méthadone c'est aussi de la came (drogue) et en plus son effet est plus que la came même. Je l'ai goûtée une fois. Un produit qui arrive à

substituer l'héroïne sans que tu ne ressenties les effets de manque ne peut être que de la drogue. (...) Parfois, les gars ici, ils emmènent leur bouteille [à l'emport de la méthadone], une fois j'ai pris ce qui restait d'un fond de bouteille et j'ai dilué avec un peu d'eau et j'en ai bu. Mais ce jour-là, j'ai dormi toute la journée. C'est pourquoi je dis que la méthadone est plus forte que la came. Par exemple quand tu fais comme ces personnes-là qui prennent la métha et la came en même temps, il faut dans ce cas doubler la dose de drogue que tu prenais pour pouvoir inhiber l'effet de la méthadone... Les gens veulent une chose et son contraire, toi tu dis que tu veux arrêter la drogue, tu pars au CEPIAD, on te fait des analyses et tout, on te donne de la méthadone et tu reviens ici pour prendre la drogue. C'est ce genre de chose que je ne veux pas faire. » Mactar, 43 ans

Constat des patients du CEPIAD qui re consomment des drogues et absence d'autres types de substituts pour le sevrage

D'autre part, comme évoqué dans les propos précédents, le constat que certains continuent à consommer des drogues malgré le traitement de substitution (TSO) introduit le doute par rapport à l'efficacité du traitement et ne facilite pas l'entrée dans la prise en charge.

Par ailleurs, à cause des craintes suscitées par les rumeurs autour du traitement de substitution, certains ont voulu accéder aux autres aspects de la prise en charge (activités de convivialité, dépistage...) et être accompagnés à sortir de l'addiction sans pour autant nécessairement passer par la substitution, ce qui, selon eux, n'a pas été accepté par les soignants du CEPIAD. Ils déplorent l'absence de proposition de sevrage autre que par la méthadone :

« Ce qui me fait le plus mal c'est qu'un jour, je suis allé au CEPIAD, j'ai ouvert un dossier et tout, il me restait plus que l'inclusion et ils m'ont demandé si je voulais boire la méthadone et j'ai dit non et ils ont dit que dans ce cas, ils ne vont pas prendre mon dossier. Alors que l'équipe de terrain de M.D venait toujours dans ma maison pour faire des causeries avant que le CEPIAD n'ouvre ses portes. Je trouve que ce sont des traitres. Je n'aime pas ce centre et puis il y a tout le temps des histoires, telle personne a fait ceci, telle personne a volé ceci. Il y a beaucoup de menteurs là-bas. (...) Je voulais juste faire partie des autres programmes du CEPIAD, les activités et tout ça mais pas prendre de la méthadone. Parce qu'en fait avant d'aller au CEPIAD, j'étais en prison pendant 6 mois sans prendre de l'héroïne. Du coup je me sentais capable de continuer comme ça sans replonger dans la drogue. » Ablaye, 46 ans

Contestations sur le choix des médiateurs

D'autres ont identifié le modèle de fonctionnement du CEPIAD comme une barrière à leur entrée en traitement. Cette appréciation est liée à des sentiments de frustration du fait de ne pas avoir été choisi comme médiateur à l'ouverture du centre, après avoir participé activement au projet UDSN :

« Ils ont mis là-bas des gens qu'on ne connaissait même pas pendant le projet UDSSEN. Ils ont nommé des médiateurs qui n'ont rien fait pour le CEPIAD au moment où on essayait de rassembler tout le monde. Le seul médiateur qui habite les Parcelles, c'est C. et c'est grâce à M. Y. Parce qu'il s'était beaucoup investi dans l'aviculture au CEPIAD. Tous les autres sont venus de la Médina. Donc quand on choisit des pairs pour le travail qui est fait là-bas, ça doit être sur la base de la compétence. Il faut juste faire les choses comme il se doit (...) Il faut qu'on arrête de mettre ces gens-là comme médiateurs... ils ont juste commencé à fumer, il y a pas longtemps ». Ablaye, 46 ans

Dans nos discussions informelles avec les usagers de drogues au CEPIAD ou hors CEPIAD, nous notons souvent des contestations sur le choix des médiateurs qui ont été recrutés dans l'équipe de terrain au CEPIAD. Certains revendiquent leur légitimité à être médiateur parce qu'ils ont aidé à identifier d'autres usagers de drogues pendant l'étude UDSSEN. D'autres critiques font allusion à la pertinence de la diversité du groupe de médiateurs (âge, quartiers de provenance). Enfin, tout ceci constitue des frustrations qui influencent l'entrée en traitement et la question des médiateurs devrait être davantage documentée.

13.3 L'acceptabilité de l'intégration des soins pour le VIH et les hépatites

13.3.1 Les perceptions du dépistage du VIH et des hépatites

Les récits recueillis auprès des UD (hommes et femmes) montrent que les séances d'information du CEPIAD ont permis aux patients de percevoir que les UD sont à risque de contracter les hépatites et le VIH, et d'avoir des connaissances sur les comportements à risque. Ils sont conscients que le partage du matériel de consommation et les rapports sexuels non protégés les exposent au risque de contamination par le VIH et des hépatites. Ils estiment que les nombreux décès d'UD qu'ils ont connus étaient dus à ces pathologies. C'est pourquoi le dépistage des hépatites et du VIH à l'entrée du traitement méthadone et dans le cadre du projet UDSSEN et CODISEN est apprécié par la plupart des patients interrogés. Le dépistage leur a permis de connaître leur statut, et d'accéder au traitement ARV et de bénéficier d'une prise en charge somatique de certaines maladies, comme l'indiquent les propos suivants :

« Donc depuis 2015 je suis avec le virus, et je suis traitement antirétroviraux (...). Mais je rends grâce à Dieu pour tout ça. Pour la tuberculose ganglionnaire aussi, je suis sous traitement depuis un mois. Et toutes ces maladies je les ai attrapées dans la consommation. Donc je remercie mon entourage et tous ceux qui m'ont aidée à découvrir toutes ces maladies, je peux dire que si je n'étais pas venue ici, ces maladies pourraient me détruire. Vraiment la prise en charge ici au niveau de CEPIAD m'a beaucoup servi. »
Amy, 38 ans

Par ailleurs d'autres UD émettent des appréciations négatives du dépistage des hépatites quand les résultats sont VHC+, VHB+ et qu'il n'y a pas de prescription de traitement. Ce point de vue semble lié aux connaissances limitées des patients sur les hépatites. La plupart des patients interrogés (ex-UD en cours de traitement) ne connaissaient pas précisément les modes de transmission des hépatites avant de venir au CEPIAD. Ces ex-UD ont appris grâce aux séances de sensibilisation du centre qu'il y a plusieurs types d'hépatites, et certains pensent que les UD contractent surtout l'hépatite C, perçue comme plus mortelle que le VIH. On note aussi un manque de compréhension du vocabulaire médical, par exemple quand on leur parle de « marqueurs positifs ou négatifs », un terme désignant les résultats sérologiques. Sans explication, les patients estiment que ces concepts médicaux sont complexes et ils ne comprennent pas pourquoi il n'y a pas toujours d'indications pour le traitement et ils ne se sentent pas rassurés par les informations qui leur sont données. D'autres ne comprennent pas quand on leur dit qu'ils sont porteurs d'une hépatite, notamment quand ils n'observent pas de manifestation symptomatique :

« Je sais que c'est un virus qui est assez contagieux, qui a une longue vie, et qui se transmet par rapport sexuel, qui a le même mode de transmission que le VIH, c'est ce qu'on nous a dit au CEPAID. (...) Mon traitement, j'ai vécu quelques temps avec mon hépatite, je ne comprenais pas et je n'avais pas l'intention de me soigner, donc je me disais seulement que je vais attendre que les symptômes se manifestent ou bien je sais que ça risque de prendre du temps. Donc un beau jour, on m'a fait comprendre que j'ai été sélectionnée pour faire partie du TAC, que j'avais les possibilités de me faire prendre en charge pour qu'on me soigne mon hépatite. Là quand j'ai intégré le groupe au niveau du CRCF, j'ai commencé à prendre les médicaments » Bintou, 59 ans

Parmi les UD vivant avec le VIH pris en charge au CEPIAD, ceux dépistés récemment y prennent leur traitement ARV, mais ceux qui étaient déjà suivis dans d'autres structures (CTA, CRCF, IHS...) continuent à y prendre leur traitement, malgré la possibilité d'intégration du suivi¹⁰². Les entretiens avec les patients révèlent à la fois des réticences à changer de site et des arguments en faveur du changement.

13.3.2 Les arguments en faveur de la dispensation des ARV au CEPIAD

Certains UD préfèrent prendre leur traitement antirétroviral au CEPIAD pour diverses raisons. D'abord, certains sites de dispensation comme le Centre Régional de Recherche (CRCF) et le

¹⁰² Le CEPIAD propose de prendre en charge les PVVIH (consultations, dispensations des ARV) dans une perspective d'offrir tous les traitements dans un seul lieu de prise en charge.

centre de Traitement ambulatoire (CTA) au sein de l'hôpital Fann sont identifiés par tous les UD comme lieux de prise en charge du VIH et des hépatites. Par conséquent, les UD infectés par une pathologie et qui sont traités dans ces centres de soins, craignent d'y être aperçus car cela pourrait dévoiler leur statut à leurs pairs du CEPIAD. D'autres personnes souhaitent bénéficier de l'ensemble des traitements dans un seul site de prise en charge et réclament que leur dossier soit transféré au CEPIAD. Pour eux, l'accès à tous les traitements dans la même structure permet d'organiser son temps et de pouvoir discuter avec l'équipe médicale des relations entre les divers problèmes de santé et des traitements différents (effets secondaires et interactions entre traitement ARV et méthadone) :

« Je souhaite prendre le tout au CEPIAD, les autres UD savent qu'on prend en charge le VIH et l'hépatite au CRCF, donc quand on t'aperçoit là-bas, on te soupçonne d'être PVVIH. De plus en étant au CEPIAD, ça te permet de gagner plus de temps et d'aller vaquer à tes occupations, au lieu d'avoir des rendez-vous par ci par là ». Boussou, 57 ans

Enfin, certains ont le sentiment d'être stigmatisés en tant que UD dans certains sites de prise en charge. Quelques patients n'apprécient pas les comportements des soignants à leur égard et ils l'interprètent comme un jugement et un rejet par rapport à l'image du « drogué » qu'ils renvoient. Par ailleurs pour eux, il serait préférable d'intégrer leur suivi au CEPIAD puisque c'est un centre habilité à la prise en charge des usagers de drogues :

« Je préfère prendre les ARV au CEPIAD, parce que là où je vais, mon médecin traitant, il me stigmatise parce que je suis un UD, à chaque fois que j'arrive dans son bureau, il ouvre les fenêtres, il me demande de m'asseoir en désignant du doigt la chaise sans parler ». Sokhna, 49 ans

13.4.3 Les réticences aux choix du CEPIAD comme site de dispensation des ARV

Malgré la possibilité de l'intégration de la prise des ARV au CEPIAD, les entretiens révèlent aussi, chez certains UD, des réticences à changer de site de prise en charge.

Quelques personnes disent qu'elles apprécient la relation thérapeutique dans les anciens sites de prise en charge où elles ont été orientées avant le démarrage des activités du CEPIAD, ainsi que la prise en charge sociale et médicale dont ils bénéficient dans lesdits sites :

« Vous savez pourquoi je vous dis que je ne laisserai jamais Dr. B, parce que j'étais presque mort, mais par la grâce divine et par son aide, je suis sain et sauf (...) Avant de venir ici, c'est Dr B qui est au centre de santé de Médina qui m'a d'abord fait une analyse, je ne la croyais pas tellement d'ailleurs » Moussa, 55ans

« J'ai découvert mon statut avec une campagne de dépistage de Enda dans mon quartier mais j'étais pas encore sous traitement, ensuite avec UDSN, j'ai fait un autre test qui a confirmé l'infection et c'est là que l'une des travailleuses sociales de l'équipe de terrain du CEPIAD m'a amené à Ouakam pour commencer le traitement, (...) je préfère rester là-bas, ils sont vraiment gentils (...) ils m'ont même acheté un téléphone portable pour pouvoir me joindre et que je puisse respecter mes rendez-vous. » Soda, 51 ans

Par ailleurs, le CEPIAD étant considéré comme un modèle innovant en Afrique de l'ouest, il accueille beaucoup de stagiaires venant des écoles de formations de Dakar mais aussi des personnes de la sous-région qui souhaitent s'inspirer de l'expérience sénégalaise de la RDR. Cependant la configuration actuelle du CEPIAD (locaux à réfectionner) fait que les soins sont dispensés dans une partie réduite du bâtiment, la pharmacie étant actuellement ouverte sur l'espace de convivialité. Avec le passage des nombreux stagiaires et la pharmacie qui est exposée au regard des autres, les UD infectés par le VIH craignent qu'il y ait une rupture de confidentialité par rapport à leur statut :

« Au début, j'ai longtemps porté le plaidoyer pour que la dispensation des ARV soit disponible au CEPIAD, mais maintenant que c'est là, je n'en veux plus parce que j'ai des doutes par rapport à la confidentialité au CEPIAD». Amy, 38 ans

« Il y a trop de stagiaires qui sont à la pharmacie, trop de gens qui passent et qui partent et s'ils ont accès à nos dossiers, on peut les rencontrer ailleurs, et ce n'est pas normal qu'il ait accès à nos dossiers, il y a beaucoup de choses qu'on entend ici, il faut faire attention pour plus de confidentialité » Sokhna, 49 ans

Les UD infectés par le VIH ont peur d'être stigmatisés par les autres UD et les soignants. Certains de leurs pairs, sur la base de suppositions ou de représentations erronées de la transmission des hépatites et du VIH, ont parfois des comportements d'exclusion à leur égard. Les résultats de suivi au CEPIAD qui sont communiqués montrent que la prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes. Des données d'observation montrent que certains patients refusaient de participer au repas communautaires parce qu'elles désignaient les femmes qui préparaient comme des personnes infectés par les mauvaises maladies (VIH, hépatites) et qui sont susceptibles de les contaminer.

Conclusion

En santé publique, les études qui portent sur les trajectoires de soins que peuvent emprunter les patients analysent l'accessibilité et l'acceptabilité des soins, en particulier en cas de maladie chronique ou d'inégalités de soins. Ces recherches montrent que les choix thérapeutiques des patients dépendent de plusieurs facteurs ; elles sont vues du côté du patient (représentent leur

opinion, leur vécu) et reflètent une perception des faits. Vue sous l'angle médical, cette perception peut paraître déformée, «mal comprise», mais c'est cela qu'il faut connaître car cela motive leurs choix. (Hudelson 2002).

Notre enquête socianthropologique rapporte que les principaux obstacles à l'accès aux soins rencontrés par les hommes et les femmes sont liés à des barrières personnelles et systémiques.

L'obstacle majeur qui crée des difficultés pour l'accès au CEPIAD chez les hommes renvoie aux rumeurs autour de l'efficacité de la méthadone et de ses effets secondaires notamment sur la libido. Ces perceptions autour de la méthadone ne sont pas totalement erronées car d'un point de vue médical, il est reconnu que le produit de substitution peut avoir des effets sur le désir sexuel de certains patients dépendants aux opiacés. La méthadone inhibe plus la libido que l'héroïne. D'un point de vue sociologique, le désir sexuel ne dépend pas uniquement de sa composante biologique. Elle peut aussi être influencée par des facteurs psychologiques, personnels et contextuels et par la manière dont les hommes perçoivent leur masculinité. Par ailleurs, le fait que certains patients sous méthadone re consomment des substances ou sont aperçus dans les scènes de drogues est interprété comme un échec du traitement de méthadone. Dans une perspective opérationnelle, ces résultats suggèrent de développer des interventions de santé sexuelle pour les hommes, de clarifier les informations sur la méthadone et la durée du traitement, de fournir des explications sur le fait que les trajectoires de sorties de l'addiction ne sont pas toujours linéaires et que les reconsommations sont des phases qui ne traduisent pas forcément un échec du traitement méthadone.

L'obstacle majeur qui rend difficile l'accès au CEPIAD chez les femmes est la stigmatisation perçue. Les résultats de notre étude montrent que la stigmatisation est un facteur important qui influence la décision des femmes UD de rechercher et de suivre un traitement. Cette stigmatisation perçue résulte d'un processus socioculturel favorisé par des perceptions négatives, dévalorisantes, discriminatoires qui qualifient les femmes de mauvaises, ayant failli au contrat social de gardiennes morales et d'agents reproducteurs de la société. L'auto stigmatisation est un obstacle au niveau personnel qui induit des attitudes et des comportements qui affectent les décisions en matière de santé, ce qui conduit certaines femmes à éviter le traitement ou à abandonner la démarche de demande d'aide. Ces choix sont rationnels, dans la mesure où les femmes cherchent à éviter l'étiquette publique de « drogué ou junky ». La plupart des femmes UD veulent se protéger des sentiments négatifs de honte et de culpabilité à leur égard en choisissant de ne pas aller se faire soigner. Les femmes UD sont plus fortement stigmatisées que les hommes, et cette stigmatisation accrue provoque moins d'intérêt pour la

recherche d'un traitement. La stigmatisation renforce les conditions syndémiques des femmes usagères de drogues lorsqu'elles n'ont pas accès à divers services et à un soutien social. Elles vont demeurer cacher et avoir des pratiques à risque qui peuvent les exposer aux pathologies infectieuses (VIH, hépatites).

Les hommes redoutent surtout les effets de la méthadone et une nouvelle addiction tandis que les femmes ont notamment peur de la stigmatisation. L'insuffisance des activités spécifiques aux femmes, la parentalité, la peur de se dévoiler et la stigmatisation constituent davantage des barrières éprouvées par les femmes. Par ailleurs des études disponibles dans la littérature internationale ont identifié des freins à l'accès spécifiques aux femmes similaires à ce que nous avons documenté.

En ce qui concerne les barrières personnelles à l'accès au traitement, une revue de la littérature sur les femmes et les drogues publié par National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC) en Australie en 2010 a mentionné que le jugement et la stigmatisation sont des obstacles systémiques importants dans beaucoup de pays (Afrique du Sud, Inde, Etats-Unis, Australie). Cet article montre que la stigmatisation perçue par rapport aux soignants des services de RdR entraîne l'abandon ou l'impossibilité d'accéder aux services de traitement dans de nombreux pays. Les femmes sont souvent confrontées à une stigmatisation particulière en raison des associations négatives entre l'usage de drogues au féminin et le travail sexuel. A cela s'ajoute des barrières personnelles comme la peur de perdre la garde des enfants, le manque de soutien familial, le fait d'être empêché d'entrer en traitement par un partenaire UD (NDARC 2010). Une étude menée auprès de mères usagères de drogues en Israël montre que la menace de perdre la garde des enfants le statut d'immigré, le fait d'être en post-partum sont des obstacles importants à l'accès aux soins. De plus, les difficultés économiques et le mode de vie chaotique dû à l'usage de drogues conduisent de nombreuses femmes à négliger leur état physique et mentale et cela impacte sur le comportement de recherche d'aide (Gueta 2017).

En ce qui concerne les barrières structurelles et systémiques, une étude menée au Kenya a documenté les expériences des femmes usagères de drogues en ce qui concerne l'accès aux services de RdR, de soins pour le VIH et aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR). Cette recherche a révélé que les longues distances, le manque de confidentialité, les frais d'utilisation des services, les rendez-vous multiples, le manque de communication avec les prestataires de soins de santé et le manque de compréhension des besoins des femmes par ces derniers sont autant de facteurs qui entravent l'accès des femmes aux services de santé. Les services communautaires, qui comprennent des centres de proximité et des centres d'accueil,

atténuent ces obstacles en instaurant la confiance, en informant les femmes sur leur santé et leurs droits, en les mettant en relation avec les structures de RdR, mais aussi en sensibilisant les prestataires de soins aux besoins des femmes usagères de drogues injectables et en intégrant les services de SSR pour les femmes dans les activités communautaires de réduction des risques (Ayon et al. 2018). Une recherche menée en Afrique du Sud aborde dans le même sens. Cette étude montre que le facteur genre n'était pas pris en compte dans l'agenda des réponses adressées aux usagers de drogues, ce qui a eu un impact sur l'offre de services spécifiques aux femmes. Il montre également que l'inégalité des sexes et la stigmatisation des jeunes femmes consommatrices de drogues ont conduit à leur exclusion sociale par rapport à l'éducation, aux opportunités d'emploi et aux soins de santé (Myers, Carney, et Wechsberg 2016).

En ce qui concerne la double stigmatisation en lien avec la syndémie des pathologies infectieuses, une étude menée au Kenya par Mbura et al (2019) montre que les femmes qui utilisent les drogues injectables sont stigmatisées plus que les hommes à plusieurs niveaux, souvent simultanément. Il s'agit notamment de l'auto-stigmatisation par rapport à la consommation de drogues injectables, de la stigmatisation externe liée au sexe féminin et de la stigmatisation externe liée à la séropositivité (pour les femmes qui vivent avec le VIH). Les données de cette recherche montrent que la stigmatisation des femmes en tant que UD se superpose à la stigmatisation liée au VIH et cela conduit à une faible estime de soi et au retard ou au refus des services dans les structures de santé (Mburu et al. 2018).

Par ailleurs, le CEPIAD vise à réduire la vulnérabilité sociale des UD et à créer un environnement favorable à la santé. Il s'appuie sur une prise en charge intégrée (dépistage du VHC, du VIH et de la consommation de drogues, TSO par méthadone, programmes d'échange d'aiguilles de seringues, activités d'autonomisation). En s'inscrivant dans une approche de prise en charge intégrée, le CEPIAD est conscient du fait que les conditions syndémiques des usagers de drogues sont étroitement liées. Ces différentes conditions (la consommation de drogues, les contextes sociaux, le VIH et la stigmatisation) sont perpétuellement en interaction. Pour ne pas distinguer ces problèmes indépendamment les uns des autres, le CEPIAD a intégré depuis 2018 les soins pour le VIH et les hépatites. Mais un tel service semble perpétuer la complexité des syndémies. L'empilement des comorbidités (VIH, hépatites) est à la base d'une stigmatisation perçue chez certains patients et vecteur de stigmatisation dans le milieu des UD. Les UD qui vivent avec une pathologie infectieuse font face à une double stigmatisation (perçue et/ou en acte) : en tant que (ex) consommateurs de drogues et en tant que PVVIH (ou PVBHB, PVBHC). Les choix des UD semblent influencés par le risque de catégorisation associée aux lieux de soin,

et révèlent une stigmatisation parmi les UD encore peu documentée. Notre analyse montre que les UD infectés par une pathologie infectieuse au CEPIAD (VIH, hépatites) ont des préférences pour la dispensation des ARV. D'un point de vue opérationnel, nos données et observations incitent à sans cesse adapter les interventions au niveau politique et individuel, dans un contexte de syndémie. Les UD ont besoin de plus d'informations sur l'existence du traitement du VHC et sur les conditions d'éligibilité au traitement des hépatites. Pour favoriser l'acceptabilité de l'offre de soins, il paraît nécessaire de maintenir la possibilité de suivi dans plusieurs sites, d'assurer la confidentialité de la dispensation des traitements au CEPIAD et d'informer davantage les UD sur les risques et modes de transmission. Il faut également continuer à les sensibiliser contre la stigmatisation envers les femmes, les personnes atteintes de VIH et hépatites et aussi développer une stratégie de communication à propos des résultats des tests biologiques (hépatites) pour les rendre compréhensibles aux patients.

CHAPITRE 14. Les besoins et attentes des femmes Usagères de drogues

Introduction

Les femmes UD correspondent à des profils sociodémographiques divers et variés. La plupart d'entre elles sont soumises à de multiples vulnérabilités en tant que femmes usagères de drogues, travailleuses du sexe et personne vivant avec le VIH (cf. chapitre 7 et 10). En plus du problème d'addiction, elles sont souvent confrontées à des désavantages sociaux et économiques, stigmatisation et problèmes de santé. Le cumul de ces situations affecte la santé générale des femmes. De ce fait, elles ont des besoins multiples. L'intersection des conditions sociales des femmes et des inégalités de genre en matière de santé entrave la possibilité pour elles d'accéder à des soins adéquats. Le concept d'intersectionnalité montre la manière dont plusieurs identités sociales se croisent au niveau individuel et interagissent dans des contextes variés pour refléter des systèmes structurels imbriqués d'inégalités. L'approche intersectionnelle permet également d'analyser les disparités de comportement en matière de santé (Davis 2015).

Par ailleurs, partout dans le monde, les recherches indiquent que les besoins socio-sanitaires propres aux femmes qui consomment des drogues sont peu pris en compte dans les services proposés. Les programmes de réduction des risques (RdR) étant principalement adaptés au modèle dominant du consommateur masculin, les femmes qui consomment des drogues trouvent souvent que leurs besoins spécifiques ne sont ni reconnus ni pris en compte (Dupertuis 2006b; Simmat-Durand 2009b).

Une note d'orientation conjointe de l'ONUDC¹⁰³, l'ONU-Femmes¹⁰⁴, l'OMS¹⁰⁵ et INPUD¹⁰⁶ indique que l'accès au traitement des femmes CDI peut s'améliorer si le paquet complet de réduction des risques et d'autres services est étendu à tous les profils de femmes CDI (ONUDC 2014). Cette note souligne également que les besoins et les droits des femmes CDI ne peuvent être pleinement satisfaits sans la mise en place de services ciblés pour dépasser les obstacles à l'entrée au traitement. Un document de plaidoyer publié par l'INWUD¹⁰⁷ et l'INPUD rappelle que les services de réduction des risques sont très limités dans de nombreuses régions du monde ; mais même là où ils existent, l'accès est encore plus limité pour les femmes que pour

¹⁰³ L'Office des Nations Unies contre le Drogue et le Crime

¹⁰⁴ L'entité des Nations Unies consacrée à l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

¹⁰⁵ Organisation mondiale de la santé

¹⁰⁶ *International Network of people who Use Drugs (Réseau international des usagers de drogues)*

¹⁰⁷ *International Network of Woman Who Use Drugs (Réseau international des femmes usagères de drogues)*

les hommes (INWUD et INPUD 2016). Ce plaidoyer appelle à rendre les services de réduction des risques plus accessibles aux femmes qui consomment des drogues en tenant compte de leurs besoins spécifiques, tels que des soins gynécologiques de routine et de qualité, le traitement des IST, la présence de personnel féminin, des horaires réservés aux femmes et des services de garde d'enfants et/ou des programmes supplémentaires spécifiques aux femmes, etc.

Au Sénégal, avant le démarrage des activités de RdR, une enquête menée en 2014 sur les besoins des soins médicaux des consommateurs de drogues a montré que les femmes avaient des besoins spécifiques (Clouzeau 2014). Les femmes ont exprimé autant que les hommes une demande d'accompagnement pour sortir de l'addiction. Mais en plus, la plupart ont indiqué des besoins en gynécologie et santé de la reproduction. Certaines ont également souhaité des soins spécifiques (soins dentaires, soutien psychologique (estime de soi, auto-support, soutien pour la prise en charge de leurs enfants).

Selon Greenfield et Grella, les services de traitement des addictions destinés aux femmes doivent être fondés sur une approche holistique qui reconnaît leurs besoins psychosociaux (Greenfield et Grella 2009). Après plus de cinq ans d'intégration des politiques de RdR au Sénégal, les femmes sont toujours peu nombreuses au CEPIAD. Dans ce chapitre, nous allons décrire et analyser les perceptions des femmes par rapport à la prise en charge au CEPIAD ainsi que les besoins qu'elles perçoivent et les attentes qu'elles expriment, en prenant en compte les profils de ces femmes.

14.1 Les perceptions de la prise en charge au CEPIAD

L'objectif principal du CEPIAD est d'offrir une prise en charge aux personnes dépendantes de drogues ou substances psychoactives. L'approche combine réduction des risques et activités d'intégration ou de convivialité (micro-jardinage, art thérapie, causeries, repas communautaire, teinture, activités de couture). L'offre de soins comprend la prise en charge addictologique somatique et psychiatrique des addictions, le traitement de substitution aux opiacés par méthadone, le conseil, et le dépistage concernant les pathologies en lien avec la consommation de drogues (cf. chapitre 5 et 13). Pour la clarté de l'analyse, nous classons les perceptions des femmes concernant la prise en charge comme positives et négatives, avant de discuter les perceptions et les besoins qu'elles révèlent.

14.1.1 Les appréciations positives

Les propos et récits recueillis auprès des femmes au CEPIAD montrent qu'elles apprécient globalement l'offre de soins (méthadone, sensibilisation, activités d'autonomisation, initiatives à l'endroit des femmes).

Concernant le traitement de substitution, la méthadone est perçue comme un traitement « miracle », « la solution » pour se sevrer de l'héroïne selon les expressions qu'elles utilisent.

La plupart des femmes inscrites dans le programme avaient tenté plusieurs sevrages sans succès par diverses méthodes (hospitalisation en psychiatrie, voyage pour s'éloigner du milieu des UD, recours à des marabouts, etc.) avant l'arrivée du CEPIAD :

« J'ai essayé toute sorte de choses pour sortir de l'addiction en vain (...) Mais depuis que j'ai commencé à utiliser la méthadone, franchement je rends grâce à Dieu. Vraiment je ne fais plus les mauvaises choses que je faisais avant. Quand je me réveille le matin, je prends un véhicule pour venir à Fann, après je rentre directement chez moi. C'est vraiment un miracle » Nini, 29 ans

« Oui, ma mère m'amenait parfois dans un hôpital et on m'internait là-bas (...) Au moins six fois. Il y a l'hôpital Fann, Thiaroye, Dallal Khél etc. Mais dans ces hôpitaux, on me donnait des médicaments pour les malades mentaux, avec ça tu deviens comme un robot, en ce moment on ne savait pas que seule la méthadone était la solution (...). Ma mère m'a amenée vers beaucoup de grands marabouts. J'ai rencontré Serigne B., Serigne A, le Marabout des Layènes, Serigne M, mais tout ça n'a abouti à rien (...), c'est uniquement la méthadone qui m'a permis d'arrêter mais sinon rien d'autre » Sokhna, 50 ans

Les femmes ont également exprimé des appréciations positives à propos des activités de convivialité qui leur permettent de pouvoir être connectées avec leurs pairs, de discuter, de s'informer et surtout de s'occuper pour amoindrir les risques de reprise de la consommation de drogues :

« En tout cas l'activité de convivialité, je ne sais pas pour les autres, mais c'est très intéressant pour moi, parce qu'au début, quand je terminais mes rendez-vous, je sortais du centre pour aller régler ma drogue. Mais depuis que l'activité est instaurée, puisqu'il y a le 'batik' (teinture), le micro-jardinage, il y a 4 ou 5 activités. Une fois le médecin m'a demandé si j'ai consommé ou pas et je lui ai dit que dès que je sors du centre c'est comme si j'ai envie de me droguer encore, c'est alors qu'il m'a dit qu'il y a ici des activités de convivialité et que ça pourrait m'aider un peu par rapport aux rechutes (...). Donc par la suite j'ai choisi le batik et ça m'a intéressée et c'est quelque chose que je connaissais un peu avant, c'est en ce moment que je me suis engagée. Les activités ont lieu tous les lundis et jeudis. Il y a d'autres activités pour d'autres jours. Alors c'est comme ça que j'ai commencé à fréquenter les activités. Elles m'ont permis d'arrêter la sortie (prostitution) et c'est vraiment

important pour nous, parce que même si on n'a pas quelque chose à faire on s'occupe et ça permet en même temps de diminuer l'addiction » Amy 38 ans

La prise en charge somatique (dépistage et traitement des comorbidités) est appréciée positivement par les femmes car ces aspects ont permis à certaines d'entre elles de connaître leur statut sérologique concernant diverses pathologies, mais aussi de faire partie de cohortes de suivi médical (TAC, CODISEN) où elles ont eu accès à un traitement gratuit (pour l'hépatite C par exemple). Cette possibilité d'accéder à des soins gratuits pour les hépatites est perçue comme un traitement innovant qui n'est pas disponible pour la population générale au Sénégal :

« J'ai découvert que j'ai l'hépatite C à l'entrée dans le programme méthadone (...) Donc un beau jour on m'a fait comprendre que j'ai été sélectionnée pour faire partie du TAC, que j'avais les possibilités de me faire prendre en charge pour qu'on me soigne mon hépatite. Là quand j'ai intégré le groupe au niveau du CRCF, j'ai commencé à prendre les médicaments pendant trois mois, on me donnait chaque jour un comprimé, en fait on me donnait les comprimés pour 15 jours et chaque mois je venais deux fois prendre les médicaments, je prenais un comprimé par jour mais c'était des médicaments assez lourds, (...) mais ça en valait le coup parce que l'hépatite C est assez chère à soigner et je sais que jamais je n'aurais eu les moyens de me soigner, ça je le sais. » Bintou, 59 ans

Cette satisfaction en ce qui concerne l'offre au CEPIAD se traduit à plusieurs niveaux dans la trajectoire de vie des femmes. La méthadone a eu des effets positifs, comme par exemple une diminution ou un arrêt de la consommation, même s'il subsiste une addiction à d'autres produits. Les effets du traitement ont également conduit à une sortie de la prostitution pour certaines et/ ou une resocialisation (retour en famille, remariage, etc.)

« Depuis que j'ai commencé à utiliser la méthadone, des fois quand même je continuais à sortir (prostitution) un peu car j'avais besoin de me nourrir, de m'habiller, et je n'avais pas quelqu'un pour m'assurer tout ça. Donc je sortais un peu jusqu'à ce que je rencontre mon mari ici au CEPIAD. Quand on a commencé notre relation, je décidé d'arrêter tout ça. » Dior, 35 ans

« Parce que ça m'a gâché toutes les belles années de ma vie, donc depuis que j'ai arrêté je me sens stable, épanouie, et bien avec ma famille et tout le monde » Sokhna, 50 ans

Les femmes apprécient également les consultations gynécologiques qui ont été initiées à travers le projet Codisen et une convention établie par le CEPIAD et la clinique mobile d'Enda santé. Ces consultations leur ont permis d'accéder à certains examens gynécologiques (dépistage des IST et du cancer du col de l'utérus, échographie).

14.1.2 Les appréciations négatives

Les femmes déplorent certains aspects de la prise en charge ou considèrent que ces aspects devraient être améliorés : l'insuffisance des activités spécifiques aux femmes, l'incertitude concernant la sortie du traitement, la composition de l'équipe de terrain, le déroulement des activités de convivialité telles que présentées dans l'offre, les limites des soins gynécologiques, l'absence de disponibilité ou de gratuité des médicaments.

La capacité du traitement à répondre aux besoins des personnes dépendantes est avancée par certaines femmes qui ont « avoué » avoir consommé de l'héroïne en même temps que la méthadone au début de leur traitement de substitution. Selon elles, ceci était dû au fait que les doses prescrites n'étaient pas suffisantes pour gérer l'état de manque. Ces questions ont été discutées avec les addictologues en charge de leur suivi qui ont réajusté les doses prescrites jusqu'à ce qu'elles se sentent suffisamment stables pour cesser à nouveau de consommer de l'héroïne.

L'incertitude concernant la sortie du traitement de substitution est une préoccupation partagée par les femmes qui ont cessé de consommer l'héroïne. Après quelques années de traitement de substitution, certaines femmes se perçoivent dépendantes de la méthadone et réclament une diminution progressive de leur dose en vue de sortir du programme.

Quelques femmes qui ne sont pas associées aux équipes de terrain (outreach) ont émis des critiques négatives envers celles qui ont été sélectionnées comme médiatrices¹⁰⁸ : elles sont perçues comme trop âgées pour atteindre les femmes les plus jeunes et les moins accessibles.

« Si on nous prenait, nous qui étions dans la rue avec ces femmes-là, et qu'on nous insère dans leur groupe, je pense qu'on pourrait les attirer au niveau du centre (...) Parce qu'aujourd'hui, si tu vas vers elles et qu'elles ne te connaissent pas, elles n'accepteront pas de te parler de leur vie privée, mais si on nous envoie, elles auront le courage de nous écouter et de nous parler (...) Nous ne fréquentons pas le même milieu que ces femmes-là [parle des médiatrices]. La preuve en est que leurs copines sont presque toutes décédées et celles qui sont toujours vivantes sont vieilles maintenant, et pourtant les jeunes usagères sont nombreuses dans la rue et il faut y aller avec des jeunes comme elles. Cependant, elles fument beaucoup plus la cocaïne que l'héroïne » Dior, 35 ans

Les femmes jugent également qu'il est nécessaire d'améliorer l'organisation des activités de convivialité qui ne se déroulent plus comme prévues dans le protocole au démarrage du

¹⁰⁸ cette implication en tant que médiatrice pourra faire l'objet d'une enquête spécifique et d'un article ultérieur

programme à cause des difficultés de financements des activités. De plus, l'organisation des activités est rendue encore plus difficile depuis 2019 à cause de l'obligation de replier les activités dans une partie réduite du bâtiment du CEPIAD (cf. chapitre 5 et 13):

« Il y a des activités qui doivent se passer ici mais on ne les déroule pas normalement, par exemple le cas de l'informatique, ce n'est pas tout le temps qu'on le fait, en plus il n'y a que le nom qui est là mais on ne nous enseigne rien. Je pense qu'on devrait respecter ces activités. Pour ce qui concerne l'alphabétisation, il y en a qui en ont besoin, donc qu'on le fasse et ne pas seulement se contenter de le dire comme ça. » Sokhna, 50 ans

Par ailleurs les femmes ont souligné la question de la prise en charge de médicaments et des limites de l'action du CEPIAD. Par ailleurs, elles considèrent que les initiatives à leur endroit sont timides et fragiles. Ces critiques concernent notamment les consultations gynécologiques menées dans le cadre de la convention CEPIAD/Enda santé.

Amy: Nous on faisait des sorties nocturnes, quand on allait sur le terrain et qu'on voyait certaines femmes on organisait des consultations gynécologiques avec ENDA, chaque jeudi avec une consultation gratuite, les médicaments gratuits et qu'il y avait un fond disponible au niveau du CEPIAD pour les médicaments non disponibles et de même que pour les analyses. Au fil du temps et des consultations, les femmes étaient en attente de médicaments et celles qui devaient faire les analyses pareil. C'est pour cette raison qu'on a arrêté nos sorties nocturnes car les femmes disaient qu'on ne respectait pas nos engagements vis-à-vis d'elles. Déjà il n'y a pas beaucoup d'activités pour les femmes, et quand on commence quelque chose on ne va pas jusqu'au bout.

Soda: J'ai assisté à la consultation, j'avais un problème de poumon, on m'a diagnostiqué une maladie, pour les médicaments ils avaient dit qu'on allait me prendre en charge, jusqu'à présent rien.

Bintou : Moi de même, j'ai fait la visite, on m'a prescrit une ordonnance et des analyses à faire, ils ont pris l'ordonnance disant qu'ils allaient acheter les médicaments, on était nombreuses à attendre nos médicaments, après ils nous ont fait comprendre qu'on allait les acheter... jusqu'à présent rien. Moi, j'ai contacté le Docteur concernant les médicaments, il m'a répondu que l'argent était avec un autre docteur c'est lui qui doit nous acheter les médicaments. Je suis partie voir ce docteur, il m'a dit qu'il ne fallait dire à personne que le CEPIAD achète les médicaments.

Sokhna : Moi, j'ai recruté des femmes, je faisais même la liste de ces femmes pour les consultations et les analyses à faire. Ils m'ont dit que les médicaments n'étaient pas encore venus et chaque jour ces femmes-là m'appelaient pour leurs médicaments. A un moment donné j'étais plus crédible car on a attendu 1 mois et on n'a pas vu de médicaments, en ce moment-là j'ai décidé de ne plus faire déplacer les femmes pour les consultations. Focus groupe CEPIAD

Les femmes déplorent le fait que les médicaments qui ont été prescrits pendant les consultations gynécologiques n'ont pas été pris en charge alors qu'elles n'avaient pas les moyens de se payer

leurs ordonnances. Les femmes médiatrices qui ont invité des femmes UD à venir aux consultations se sont senties décrédibilisées aux yeux de celles-ci qu'elles essaient de convaincre à entrer dans le traitement. Les consultations gynécologiques dans le projet CODISEN ont également permis de dépister le cancer du col de l'utérus et de diagnostiquer certaines maladies (fibromes, kystes) qui nécessitaient des interventions chirurgicales mais qui n'ont pas pu être prise en charge par les partenaires. Dans ce cas, on pourrait penser que la gynécologie n'est pas conçue seulement comme une consultation de diagnostic de cancer du col de l'utérus ou d'autres maladies mais c'est aussi une consultation de Santé Sexuelle et Reproductive, avec une composante planification familiale et une composante préparation à la procréation. L'intérêt serait d'offrir au moins des sessions de sensibilisation sur « avoir un enfant quand on a été dépendante », et aussi des informations par rapport aux problèmes de la grossesse par exemple quand on a plus de 35 ans ou sensibilisation sur les problèmes liés à la ménopause ce qui est le cas des femmes qui ont passé des années dans la drogue.

Bintou : Ce que je voudrai ajouter, c'est que les femmes CDI souffrent vraiment d'une absence de prise en charge sur le plan gynécologique. Y avait un projet étalé sur trois ans qui s'appelait Codisen. C'est eux qui nous aidaient sur le plan gynécologique. Mais malheureusement, c'est un projet qui n'a pas abouti. Parmi nous, y a eu des femmes qui avaient des maladies qui nécessitaient des opérations. Mais Codisen ne pouvait pas prendre en charge de tels cas. Donc on n'est pas encore satisfaite par rapport aux besoins réels que nous avons en gynécologie.

Dior: J'ai été une fois convoquée pour une consultation en gynécologie, mais ils n'ont pas vraiment répondu à mes attentes. On m'avait même promis de voir ce qu'il y a dans mon ventre avec un appareil pour faire un diagnostic, mais tout cela n'a pas été fait. Focus groupes femmes CEPIAD

Les femmes ont également émis des critiques en ce qui concerne la confidentialité au CEPIAD. Nous avons évoqué ces propos précédemment pour décrire la question de la stigmatisation (cf. chapitre 10). Certaines estiment qu'il y a un relâchement à propos de la confidentialité au niveau du CEPIAD eu égard à la manière de gérer les dossiers des patients. Quelques femmes ont peur que leur statut sérologique soit connu des stagiaires qui passent dans le centre.

Les discussions auprès des femmes montrent des appréciations positives et des appréciations négatives par rapport à l'offre de prise en charge. A travers ces quelques propos, nous pouvons voir que le dispositif a eu un effet positif sur la vie des femmes, en leur permettant d'amorcer une resocialisation. Cependant, les appréciations montrent également que les points à améliorer concernent particulièrement les activités sociales spécifiques aux femmes, les consultations gynécologiques et la gestion de la confidentialité. Les femmes ont besoin d'être rassurées que

le dispositif mise en place respecte leurs vies privées afin que la RdR soit plus accessible aux femmes qui consomment des drogues.

14.1.3 Inscriptions dans les rapports des femmes avec le CEPIAD

La littérature en santé publique montre que les besoins qu'expriment des patients vis-à-vis d'un service de santé sont définis par leurs perceptions du service, en particulier des objectifs et des limites de son intervention. Avant de considérer les particularités des besoins exprimés par les femmes au travers du prisme de leur profil social et de consommation, il est important d'explicitier les rapports que les femmes entretiennent avec le CEPIAD auxquels ces appréciations font référence. Ces appréciations renvoient à plusieurs dimensions du dispositif, qui ne sont pas spécifiques aux femmes : la « guérison » de l'addiction et le rôle de la méthadone ; les « activités » du CEPIAD proposées aux femmes UD prises en charge ; l'absence de prise en charge des médicaments.

La guérison de l'addiction et le rôle de la méthadone : l'addiction pose le défi de l'absence de guérison : le risque est de la remplacer par une autre addiction, d'où le fait que les femmes qui commencent par avoir la perception de la méthadone comme un miracle « déchantent » avant de comprendre qu'il s'agit de paliers de sortie de la dépendance. La méthadone a des limites : ne traite que la dépendance aux opiacés, pas les autres dépendances ; dosage difficile à ajuster et doit être constamment réadapté d'où les consommations parallèles ; génère une dépendance similaire à celle de l'héroïne mais dans un cadre sécurisé et légal dans un objectif de réinsertion sociale avant l'interruption du TSO ce qui n'est pas toujours compris ni facile à implémenter.

Les activités proposées aux femmes : elles ont des fonctions multiples : *psychologiques* (créer de nouveaux centres d'intérêt autres que la drogue et montrer aux patients qu'ils sont capables de faire des choses, estime de soi), *sociales* (créer des interactions), mais pas seulement occupationnelles : aussi à visée de *réinsertion sociale* (donner des compétences qui peuvent être utilisées hors CEPIAD). La critique portée par les femmes est liée d'une part aux limites des capacités du CEPIAD qui n'a pas pu, faute de moyens, poursuivre les activités initialement prévues (exemple cours d'informatique, alphabétisation)... d'autre part à la faible capacité de ces activités à assurer une réinsertion. Une formation pour l'accompagnement vers la réinsertion professionnelle avait été initiée en 2018 pour les patients du CEPIAD, mais n'a pas eu d'impact majeur sur la demande de réinsertion. Cela montre les limites d'un dispositif médical à assurer une fonction socioéconomique dans un contexte où il existe très peu de possibilités d'emploi.

L'absence de prise en charge financière des traitements des pathologies dépistées est une question liée à la capacité des dispositifs et services spécifiques à faire face aux besoins de santé globaux des personnes, un problème structurel qui a été largement exploré auprès des personnes vivant avec le VIH pour qui, même lorsque les ARV sont fournis gratuitement, l'ensemble des traitements liés à d'autres pathologies représente un coût élevé, susceptible de remettre en question le sens du dépistage de ces pathologies. Cette question dépend de l'organisation « verticale » des services et de la disponibilité des financements internationaux par population spécifique, un problème qui ne peut être résolu que par un autre mode de financement de la santé (comme la CMU).

Ainsi, les propos des femmes concernant le dispositif qui leur est proposé, montre les dimensions structurelles qui limitent les réponses à leurs besoins -auxquelles le dispositif du CEPIAD répond, dans les limites de ses capacités.

14.2 Les besoins et attentes différenciés des femmes

A partir de nos données émiqes, nous avons établi une catégorisation des profils sociaux de femmes (cf. chapitre 7) qui prennent en compte leur consommation. Elle distingue quatre profils : des jeunes femmes du monde de la nuit et du divertissement, des jeunes femmes des quartiers populaires et des associations de travailleuses du sexe (TS), des femmes connues dans le milieu des CDI comme « anciennes junkies », et des femmes dépendantes aux médicaments isolées. A ces profils, correspondent des besoins différents concernant une offre de soins de santé mobile, une meilleure prise en compte des besoins de santé liés au corps et à la santé sexuelle et reproductive, et des activités sociales spécifiques aux femmes.

14.2.1 Les besoins de santé diversifiés

Les besoins de santé apparaissent en partie similaires et en partie différents selon les profils.

Parmi les **jeunes femmes qui consomment des drogues dans le monde de la nuit**, certaines déclarent que leur consommation de drogues injectables n'a pas d'impact majeur sur leur vie sociale et sur leur santé, et c'est pourquoi elles ne souhaitent pas accéder à un centre de soins. Les femmes identifiées comme travailleuses du sexe estiment avoir besoins de soins pour lesquels elles préfèrent les services de santé mobiles ou en « stratégie avancée ». D'ailleurs, certaines parmi elles utilisent les cliniques mobiles d'Enda (une ONG internationale, impliquée au Sénégal, notamment sur les questions de genre et VIH, et les questions de consommation de drogues) pour leurs consultations gynécologiques. La plupart de ces femmes ne consomment

que quand elles ont suffisamment d'argent ; elles veillent à ne pas aller trop loin dans la consommation. Ces femmes estiment ne pas avoir besoin de soins pour leur consommation de drogues :

« Pour la cocaïne, je peux dire si je ne mens pas que je n'en abuse pas. Parce que je ne veux pas être dépendante (...) J'utilise la clinique mobile de Enda. J'ai même été médiatrice là-bas pendant un moment » Oumou, 35 ans

« Je n'ai jamais essayé d'arrêter (...) je consomme quand j'ai de l'argent (...) Je pars à la clinique ou à l'hôpital quand je suis malade (...) j'ai fait mon dernier dépistage VIH il y a trois ans (...) en plus je ne veux pas que les gens sachent que je consomme » Aïcha, 27 ans

Les propos de Aïcha montrent qu'en plus de ne pas percevoir leur consommation comme problématique, des femmes ne recherchent pas de soins pour éviter que leur pratique soit révélée au grand jour. Par ailleurs, Aïcha explique qu'elle gère aussi sa santé : elle a fait un dépistage du VIH, dont le résultat était négatif, trois ans avant notre entretien. Pour ces femmes, les besoins en matière de soins ne concernent pas forcément l'addiction mais davantage les questions de santé sexuelle. Par ailleurs, certaines jeunes femmes du monde de la nuit estiment avoir beaucoup besoin d'être soutenues face à l'alcool, consommé plus régulièrement que pour le crack :

« J'ai fait le test [VIH] il y a pas longtemps (...) Bon je sais que je me porte très bien. Et je viens de faire le test y a même pas un mois. Et je n'ai pas de douleur ni dans la tête ni dans le ventre. Et pour le moment ça va (...) Et là, pour ne pas te mentir, ça fait deux mois que je l'ai pas pris [le crack]. Mais par contre, il m'arrive d'avoir l'envie de le reprendre. Et l'envie de le reprendre est plus forte que l'envie que j'ai de le refuser. Mais là, j'ai peut-être besoin d'aide pour arrêter l'alcool (...) maintenant si vous pouvez m'aider en me donnant les médicaments, quelque chose qui va me calmer pour l'arrêter, je vous en remercierai pour toute la vie (...). (...) Non pour le moment je ne pense pas que j'en ai besoin [en ce qui concerne le traitement pour le crack]. Parce que ça fait deux mois et je pense continuer cette bataille. Et même si mon corps me le demande, je ne l'écoute pas. Donc je vais continuer. Et ce qui me donne la force, c'est de penser à ma fille et à ma famille. Et au fur et à mesure ça va finir par passer. » Gnilane, 34 ans

Parmi les **jeunes femmes des quartiers populaires et des associations de TS**, en revanche, beaucoup ont besoin d'aide pour « s'en sortir » mais redoutent d'aller au CEPIAD ou à l'UPAM pour ne pas être stigmatisées non seulement en tant que CDI mais aussi en tant que travailleuses du sexe. De plus, certaines avancent qu'elles ont peu de temps pour se rendre dans une structure de soins du fait de leur activité de travail sexuel. Elles préféreraient l'offre de soins de santé mobile, mais elles ne connaissent pas toutes les possibilités existantes :

« J'ai des amis qui fréquentent CEPIAD. Ils viennent souvent me sensibiliser pour aller là-bas, mais j'ai la timidité pour aller là-bas, beaucoup de gens me connaissent là-bas, (...) La réputation d'une femme est facilement salie, et on ne te respectera plus (...) Je les ai faites [consultations] à la Polyclinique même lorsque ma première fille est née. Pour l'accouchement des dernières, aussi. J'ai fait le test du VIH à chaque fois. Il y a aussi un test qu'on faisait ici au Stade, je l'ai fait. Pour ce domaine, vraiment je n'ai pas de problèmes. J'ai même fait le test du cancer. Pour le test du VIH je l'ai fait à cinq ou six reprises dans la voiture¹⁰⁹ » Lika, 32 ans

Ainsi, lorsque Lika désire s'en sortir car elle a été contactée lors des activités de l'équipe de terrain, elle hésite à aller au CEPIAD où elle a peur d'être reconnue par des personnes qui la connaissent. La peur d'être jugée, le sentiment de honte et de culpabilisation empêchent certaines femmes comme Lika de recourir aux soins. Par ailleurs les discussions de groupes avec les femmes des quartiers populaires ont révélé des besoins de santé, comme un soutien financier pour les examens médicaux, et l'inscription à la couverture maladie universelle.

Soukeye : Oui si on avait par exemple une aide sur le plan financier et médical, comme la couverture maladie, ça nous aurait mis à l'abri de certains soucis. Et au niveau des structures médicales aussi, on n'aura pas à payer pour se faire consulter ou acheter des médicaments. En plus, avec un travail on aura plus temps à consacrer à autre chose, à part se concentrer à son boulot. (...) Ce n'est pas parce qu'on prend de la drogue qu'on est une personne mauvaise. Le plus souvent, on entre dans le milieu par la force des circonstances. Si on nous avait accompagnées socialement et médicalement avec un coup de pouce, c'est sûr que la plupart d'entre nous vont abandonner. (...)

Mamy: si on pouvait avoir les médicaments dont on a besoin, ce serait mieux. Car ce n'est pas tout le temps qu'on a la possibilité d'avoir ces médicaments. En plus de cela, il faut essayer de créer un projet pour les jeunes.

Tabara : Même moi aussi c'est pareil. Si on pouvait bénéficier d'une couverture médicale ce serait mieux. En plus de cela, qu'on nous trouve des logements qui nous éviteraient d'être des SDF. Car des fois, on est sous location et si on ne paye pas à temps on risque d'être expulsé de la maison. **Focus group femmes hors CEPIAD**

Les « anciennes junkies » ont été soulagées de l'ouverture du CEPIAD en 2014. Comme nous l'avons évoqué dans les perceptions, elles apprécient les effets du traitement sur leur aspect physique et sur leur réinsertion sociale :

« Je suis médiatrice depuis l'enquête UDSEN, on a fait une opération boule de neige et moi j'ai été la première graine¹¹⁰ à Grand-Dakar, et c'est comme ça que j'ai commencé à suivre le traitement, (...) il y avait des critères de sélection. Il fallait avoir un niveau d'étude plus ou moins bien, connaître le

¹⁰⁹ La clinique mobile d'Enda Santé

¹¹⁰ Graine désigne une personne recrutée, identifiée dans une enquête de cartographie

terrain et connaître aussi les CDI, et comme j'étais ancienne, j'étais une des premières à prendre de la drogue au Sénégal, je les connais presque tous, donc ils m'ont cooptée (...) Ma situation actuelle tu la connais bien, j'ai le VIH, j'ai l'hépatite C, et je me traite aussi normalement grâce au CEPIAD (...) C'est très bien, sinon parfois on a des problèmes de gynécologie pour nous les femmes. » Sokhna, 50 ans

Sokhna a pu se traiter pour sa dépendance à l'héroïne, et grâce au projet CODISEN, elle a découvert son infection au virus de l'hépatite C, elle bénéficie d'un traitement antirétroviral et de consultations gynécologiques. De plus, elle a été intégrée dans l'équipe de terrain du CEPIAD, ce qui a contribué à sa resocialisation. Par ailleurs, d'autres femmes parmi les « anciennes junkies » espèrent une meilleure prise en compte des problèmes dentaires et dermatologiques :

« J'ai beaucoup de problèmes de santé. Je suis diabétique et c'est ça ma principale maladie parce que ça attaque mes yeux et mes dents, parce que j'avais une belle dentition mais voilà j'ai perdu mes dents, ça se casse, et aussi la méthadone. La méthadone est nuisible pour les dents, ils ne nous le disent pas mais moi je le sais quoi (...) et même les médecins ils le savent, il faut leur demander, ils savent que la méthadone n'est pas bien pour les dents. A chaque fois que j'en prends, je vais automatiquement me laver la bouche, pour le peu qui reste... (Rires). Mon problème c'est la prise en charge de mes dents, c'est ça mon problème présentement, parce qu'on peut m'enlever tout, mais je ne veux pas les enlever alors que je n'ai pas de quoi les remplacer » Bintou, 59 ans

« En plus de la gynécologie, on a aussi besoin d'avoir un dermatologue car on a très souvent des problèmes de peau » Diary, 52 ans

La plupart des anciennes junkies ont souligné que leurs besoins prioritaires concernent la prise en charge gynécologique. Elles espèrent une aide financière pour la prise en charge des médicaments. Elles veulent également avoir à leur disposition un personnel féminin (sage-femme, gynécologue) avec qui elles pourront être plus à l'aise pour les consultations gynécologiques.

Amy : Notre premier besoin prioritaire c'est la prise en charge sur le plan gynécologique. Des fois aussi, nous avons des analyses très chères à faire. Et nous n'avons pas toujours les moyens de les effectuer. Du coup, on est obligées des fois d'attendre, ou de dépendre de promesses qui ne sont pas toujours tenues... La prise en charge gynécologique et celle buccodentaire constituent l'objet de notre principal souci.

Bousso: Qu'on nous aide juste à nous soigner.

Bintou : Par rapport à l'aspect médical, il faut des financements spécialement destinés à acheter des médicaments, à faire des échographies et à beaucoup d'autres choses. Il arrive souvent que ceux qui ont déjà abandonné la drogue viennent au niveau des structures médicales et qu'on leur dise qu'il n'y a pas de médicament,

même pas de paracétamol. Du coup, l'ordonnance qui a été prescrite pour ce patient risque d'être nulle. Et on doit comprendre que les anciennes droguées sont dans une situation précaire et vulnérable. Donc si on ne les assiste pas, elles risquent de retomber dans leur situation de départ. Il faut vraiment qu'on aide ces femmes pour qu'elles puissent voler de leurs propres ailes à l'instar des autres femmes qui sont aidées dans certaines ONG et autres associations. Si on ne le fait pas avec cette génération, les générations qui vont suivre ne seront pas assez motivées pour venir.

Dior: Ce qu'elle vient de dire est vrai. L'absence de prise en charge sur le plan médical expose la personne à toute sorte de maladie. Et qu'on nous aide aussi sur le plan gynécologique.

Nini : Nous avons besoin aussi de sages-femmes et des gynécologues femmes. Car il y a certaines parmi nous qui ne sont pas très à l'aise avec les (soignants) hommes.

Sokhna : Ce qui est plus important, c'est l'aide financière. Quand quelqu'un est appuyé financièrement, il n'aura pas de problème pour acheter ses médicaments à la suite d'une consultation. Et généralement, les femmes consommatrices de drogue sont souvent très dynamiques et motivées. Même si elles n'ont pas toujours les moyens. Mais je pense quand même que si elles étaient appuyées financièrement les choses iront mieux. Focus groupe femmes CEPIAD

Les consommatrices de médicaments plus isolées apprécient la prise en charge de leur addiction au CEPIAD qui leur a permis de traiter cette addiction, de bénéficier d'un accompagnement psychologique et d'être orientées pour la prise en charge de leurs besoins en matière de santé. Cependant elles souhaitent que la relation de soins soit améliorée au CEPIAD :

« Ici le traitement ça va. Les activités aussi sont bien car on discute entre usagers et ça nous reconforte un peu. Mais ce qui me déplaît c'est que nos infirmiers, comme X, ne doivent pas parler d'une certaine manière avec les patients, parfois ils ont l'impression qu'ils jouent au bras de fer avec les usagers alors qu'ils devraient comprendre qu'ils ne sont pas normaux. Vraiment c'est ça que je vois que ça ne va pas. » Penda, 24 ans

Quel que soit le profil, les récits des expériences de maternité (cf. chapitre 10) montrent que les femmes CDI n'ont pas accès à un accompagnement spécifique pendant la grossesse. La plupart des femmes ont fait leur suivi prénatal dans des structures publiques « ordinaires » où leur statut de CDI est passé inaperçu. Par ailleurs, peu de femmes ont contracté une grossesse au cours de leur prise en charge au CEPIAD, où la contraception pouvait être abordée lors des consultations gynécologiques. Les patientes enceintes du CEPIAD n'ont pas bénéficié d'un suivi spécifique mais ont pu avoir accès à un accompagnement social qui consiste en un appui financier pour l'achat des médicaments, le coût du ticket pour les consultations prénatales, les échographies et autres examens médicaux. Par ailleurs, pratiquement toutes les femmes souhaitent avoir accès à une meilleure prise en charge gynécologique (interventions chirurgicales des kystes et des

fibromes, prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus, aide à la procréation, traitement des infections sexuellement transmissibles).

14.2.2 Les besoins relatifs à la prise en charge psychosociale

Les propos recueillis auprès des « anciennes junkies » et des femmes des quartiers populaires ont révélé des attentes en matière d'accompagnement psychosocial. Elles ont notamment besoin de parler fréquemment à un psychologue de leurs soucis et difficultés. Les femmes au CEPIAD ont signalé qu'une psychologue a été mise à leur disposition durant les deux premières années du programme. Après le départ de cette dernière, elles n'ont plus une personne à qui s'adresser pour discuter de leurs inquiétudes :

« Moi j'ai mis la croix dessus à l'héroïne, je veux que ça soit clair, parce que même Dr B. m'a appelée pour me demander mais j'ai dit moi je fume de la cocaïne. Mais ce n'est plus comme avant. Tu sais, quand on a une longue histoire d'usagère, une longue histoire avec la drogue ce n'est pas facile. J'ai même cherché à avoir quelqu'un à qui parler souvent, comme la psychologue pour qu'elle puisse m'aider un peu dans mon histoire avec la cocaïne. Mais on m'a dit qu'elle n'était plus là, je crois peut-être que ça va aller avec le Dr N. [psychiatre addictologue]. Bintou, 59 ans

« On a souvent besoin de parler à un psychologue (...) Des fois, on peut avoir des problèmes qu'on n'aimerait dire à personne. Et finalement, ça finit par vous ronger dès lors que vous ne pouvez pas en parler à un membre de la famille ou de l'entourage. C'est souvent un problème de confiance qui se pose. Et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle beaucoup de femmes désertent leurs maisons familiales pour passer la nuit chez des hommes. Et aucune femme ne doit passer la nuit chez un homme, car elle ne sera pas à l'abri de la tentation. » Soukeye, 43 ans

Les femmes du monde de la nuit et du divertissement et les femmes consommatrices de médicaments ont très peu exprimé des attentes en matière de soutien social.

Cependant les femmes de la catégorie des anciennes junkies et celles des quartiers populaires ont des besoins et des attentes spécifiques qui ne sont pas toujours disponibles dans une structure de soins. Elles souhaitent être aidé à la réinsertion professionnelle.

«A côté de cela, il y a aussi un besoin de réinsertion sur le plan professionnel. Car pour que la personne puisse être responsabilisée, il lui faut un minimum de ressource financière pour pouvoir subvenir à ses besoins. Actuellement on a ce problème. Car beaucoup de gens traînent ici faute d'avoir un emploi ou une activité. Et ça peut même vexer quelque fois. Donc je vois que si les gens avaient beaucoup plus de responsabilité, ils n'auraient pas le temps de se consacrer à autre chose. Il faut qu'on leur facilite l'insertion et surtout la réinsertion. Parce qu'il y a des personnes qui ont perdu leurs emplois, qui

n'ont plus de vie de famille à cause de la drogue. J'ai vu beaucoup de cas de ce genre. » Amy, 38ans, FG CEPIAD

« Je pense que le seul travail d'avoir fait abandonner à quelqu'un la drogue est suffisant comme activité. Mais je pense qu'on ne doit pas en rester là, si on nous fait abandonner la drogue, on pourrait ensuite nous trouver un emploi, parce que la voie qu'on suivait auparavant nous empêchait de réfléchir sur notre avenir. Donc je pense que notre nouvelle voie qui est la réussite dans la vie doit s'accompagner obligatoirement d'un emploi. S'ils pouvaient nous appuyer avec l'aide de leurs partenaires pour nous trouver de l'emploi, ce serait bien. » Dior, 35 ans

C'est pourquoi, elles veulent bénéficier d'un renforcement de capacités à travers la mise en place de groupes d'auto-support de femmes. Elles espèrent que la mise en place d'une association identitaire de femmes pourra permettre de toucher les femmes qui ne sont pas encore dans les soins, de développer des activités d'autonomisation spécifiques aux femmes (atelier de coiffure et d'esthétique, couture, restauration).

« Amy : Il faut d'abord faire de telle sorte qu'une association soit mise sur pied. C'est ce qui permettra de pouvoir mieux nous exprimer. Les gens seront aussi plus disposés à nous prêter une oreille attentive. Et nous serons davantage associées à beaucoup d'activités (...) Car tout ce que je veux, c'est qu'on soit unies afin que les autres sachent que nous existons et que nous avons encore de la voix. Au début, on était plus nombreuses que ça, mais beaucoup sont parties. Même si vous leur rendez visite, ils n'auront pas assez de temps pour vous écouter. Car soient ils s'empressent à sortir pour trouver leur dose ou à chercher de quoi nourrir leurs enfants. Donc il faut qu'on essaye de se rassembler pour mettre sur pied l'association. Du coup, au-delà des 5000f ou 2000f qu'on leur donne, elles auront une nouvelle source de vie, un nouvel espoir d'abandonner définitivement la drogue. Mais tout cela est conditionné par la création de l'association.

Siga : Le plus souvent, l'information ne circule pas. Et si on avait formé l'association, cette information circulerait plus vite. Et on aura beaucoup plus de facilité à accéder à celle-ci. En tout cas, beaucoup n'attendent que la mise sur pied de cette association.

Bousso : si on avait une association, on pourrait avoir des partenaires pour faire des activités comme la couture et la restauration ou la coiffure. Toutes les femmes aiment ça » **Focus femmes CEPIAD**

Ces femmes souhaitent également bénéficier d'une aide en cas de difficultés d'accès au logement et d'un accompagnement social pour la prise en charge de leurs enfants, notamment en ce qui concerne leurs frais de scolarité.

Mamy : Moi je voudrais qu'on m'assure la scolarité.

Daba: Moi mon enfant est un ado, il a 23 ans. Et actuellement, il ne travaille pas. Je voudrais vraiment qu'on l'aide à trouver un boulot.

Soukeye: Ce serait vraiment bien si j'avais quelqu'un qui s'occupait de la scolarité des enfants. Car si vous ne les mettez pas dans les conditions de réussite, ils risquent de nourrir un sentiment de haine à votre endroit.

Tabara: moi je n'ai pas de problème spécifique avec ma fille. Elle a grandi maintenant, elle est à l'université et elle est sur le point de terminer ses études.

Focus femmes hors CEPIAD

La plupart des femmes souhaitent un soutien financier pour les frais de scolarité de leurs enfants ou pour l'achat de fournitures scolaires.

Tableau 1: Besoins exprimés par les femmes UD de divers profils sociaux

Besoins exprimés	Jeunes femmes nuit	Femmes TS quartiers popu	Anciennes junkies	Usagères de médicaments
Santé				
Prise en charge addiction cocaïne ou médicaments		X	X	X
Prise en charge addiction alcool	X			
Consultations gynécologiques	X	X	X	X
SSR : planification familiale, tests de grossesse				
Païement des médicaments et examens complémentaires ou couverture sociale		X	X	X
Consultations mobiles à des horaires adaptés				
Psychosocial				
Soutien psychologique		X	X	X
Aide financière enfants (scolarité, etc)		X	X	

Conclusion

Les propos des femmes conduisent à plusieurs constats concernant d'une part leurs appréciations du dispositif (positives ou négatives), d'autre part les besoins qu'elles expriment (globalement et de manière différente selon leur profil social).

Notre recherche montre que les femmes « anciennes junkies » apprécient globalement la prise en charge au CEPIAD. Elles valorisent les effets thérapeutiques de la méthadone qui leur

permettent de sortir des contraintes et risques quotidiens avec l'addiction à l'héroïne. Mais des insuffisances sont notées dans la prise en charge (des activités spécifiques aux femmes assez limitées, soins dentaires et gynécologiques et activités de convivialités à améliorer...). De plus, le retour à la santé suscite d'autres demandes auxquelles un service de soins ne peut pas répondre pour tous, comme celle d'être accompagné vers une réinsertion professionnelle.

Notre recherche montre également que « Les femmes du monde de la nuit et du divertissement » préfèrent une offre de soins de santé mobile. La plupart des femmes « anciennes junkies » et « femmes des quartiers populaires et associations de TS » ont des besoins spécifiques qui concernent davantage des questions liées au corps, à la féminité et à la santé sexuelle et reproductive et aux enfants. Ces besoins peuvent être prioritaires pour elles par rapport à la prise en charge de leur usage de drogues.

Les femmes « du monde de la nuit et du divertissement » et les « femmes consommatrices de médicaments isolées », expriment rarement des attentes en termes de soutien social, mais elles ont davantage besoin d'intervention de protection contre l'addiction et les overdoses, alors que la disponibilité de la naloxone est encore limitée au Sénégal.

Ainsi, nos résultats montrent d'une part que les femmes UD ont des besoins spécifiques en premier lieu pour des raisons biologiques (concernant la santé de la reproduction) et pour des raisons sociales (telles que la responsabilité des enfants qui leur incombe). Ces besoins ne sont pas les mêmes pour toutes les femmes et diffèrent dans les quatre catégories sociales et de consommation que nous avons identifiées. Si on ne tient pas compte de la diversité des besoins et de l'intersectionnalité des profils des femmes, les obstacles aux services de santé subsisteront et la discrimination et l'exclusion se poursuivront. Il est donc nécessaire d'adapter des approches « au féminin » pour diversifier les réponses qui leur sont adressées et rendre les services plus efficaces à leur égard et améliorer leur fréquentation au CEPIAD et dans les autres centres de traitement des addictions.

Des données produites dans d'autres contextes corroborent nos résultats. La littérature internationale rapporte que pour faciliter l'entrée et le maintien des femmes dans les soins, il faut tenir compte des besoins spécifiques des femmes. Il s'agit notamment d'études réalisées en Afrique de l'Est, en Europe et aux Etats-Unis. Ces études montrent qu'il faut tenir compte des préférences individuelles des patientes pour des programmes ou des services de traitement destinés aux femmes et dispensés par des femmes ; d'une plus grande capacité à développer des activités sensibles au genre; d'un environnement et d'un processus de traitement qui permettent

un confort et un soutien psychosocial, ce qui peut être particulièrement important pour les femmes qui ont des antécédents de traumatisme ; et de fournir des services complémentaires qui sont essentiels à la réussite du traitement chez les femmes (Greenfield et Grella 2009).

Une étude menée en Espagne auprès des femmes UD montre que le manque de services axés sur les besoins spécifiques des femmes est un obstacle important à l'accès à la prise en charge (Shirley-Beavan et al. 2020). Dans la ville de Barcelone, peu de services de réduction des risques sont conçus spécifiquement pour les femmes. Par conséquent, elles sont généralement mal intégrées aux services destinés à répondre aux besoins de ces populations, notamment les services de santé sexuelle et reproductive, les services destinés aux personnes ayant subi des violences sexistes et les services de garde d'enfants. Ce manque de services renforce la perception selon laquelle les centres de réduction des risques sont des espaces masculins, décourageant ainsi l'accès des personnes qui ne s'identifient pas comme des hommes. Les auteurs rapportent que la création d'espaces et de services réservés aux femmes contribuent à garantir la sécurité personnelle des femmes, à réduire l'impact des dynamiques de pouvoir déséquilibrées entre les sexes et à améliorer les résultats en matière de santé. L'inclusion des femmes dans la conception et le fonctionnement des services de réduction des risques permet également de mieux prendre conscience des besoins des femmes (Shirley-Beavan et al. 2020).

Une recherche menée au Kenya en 2019 rapporte que les femmes UD qui consomment l'héroïne et la cocaïne ont un accès limité aux seringues, au dépistage du VIH et à d'autres services de réduction des risques. En outre, les services de santé sexuelle et reproductive (SSR) tels que les tests de grossesse et la contraception ne sont généralement pas inclus dans les interventions existantes. Cette étude signale l'absence d'interventions de planification familiale dans les programmes de réduction des risques alors que la disponibilité de services de SSR est jugée essentielle par les femmes interrogées (Ayon et al. 2019).

Par ailleurs un article portant sur le genre dans les services de traitement des addictions en Europe attire l'attention sur la question de la réinsertion (Rodriguez 2019). Les auteurs soulignent que l'intégration sur le marché du travail des personnes usagères de drogues est l'une des étapes fondamentales à l'adaptation sociale et l'amélioration de leur santé mentale et physique. L'emploi permet de retrouver non seulement un statut et un rôle dans la société, mais renforce l'estime de soi. Dans le cas des femmes UD, la recherche d'un emploi est d'autant plus difficile qu'au fait d'être consommatrices, s'ajoutent des vulnérabilités structurelles liées au sexe. Ces fragilités concernent les problématiques qui affectent directement les femmes, telles que la pauvreté, la précarité des contrats et des salaires. De plus, la stigmatisation sociale et la

criminalisation ne facilitent pas la réinsertion professionnelle. Cet article préconise de développer des ateliers sur l'emploi des femmes dans le cadre desquels les femmes analysent et partagent leurs attentes et leurs désirs en matière d'emploi, de rechercher des centres et services dans la région ou à proximité pouvant appuyer le processus de rétablissement des femmes, et de faciliter l'utilisation de ressources standardisées, motivant les femmes à se rendre aux services dont elles ont besoin.

Au Sénégal, le CEPIAD n'a pas une action efficace en matière sociale et d'emploi. Ainsi, il serait nécessaire que des services sociaux et des projets aident les femmes dans ce sens. Bien conscientes de ces limites, des femmes UD ont créé une association (cf. chapitre 11 et 14) dont elles espèrent qu'elle leur permettra de poursuivre la recherche d'aides pour la réinsertion sociale, indispensable pour des populations souffrant de l'intersectionnalité des vulnérabilités.

CHAPITRE 15. Le facteur genre dans la réponse aux besoins des femmes usagères de drogues

Introduction

Prendre en compte le facteur genre dans la réponse aux besoins des usagers de drogues (UD) suppose d'inclure les spécificités des hommes et des femmes UD dans l'élaboration des initiatives. Cependant, la recherche montre qu'il est d'abord nécessaire de se pencher sur les réalités des conditions des femmes qui sont souvent invisibles et minoritaires dans les programmes de RdR. A cela s'ajoute le fait que le modèle culturel des addictions aux drogues est pensé selon un mode non genré (donc dominé par le masculin) et que les données statistiques montrent que les hommes sont très majoritaires parmi les consommateurs (Rodriguez 2019). Selon cet auteur, il est donc important d'initier des interventions efficaces afin de corriger l'inégalité générée par « *l'invisibilisation* » des femmes (Rodriguez 2019).

Les services « sensibles au genre » sont définis comme des initiatives centrées sur la femme basées sur la création d'un environnement qui encourage l'utilisation des services par les femmes. Cela suppose que le choix du site, la sélection du personnel, le développement du programme, le contenu et le matériel du programme doivent refléter une compréhension des besoins des femmes (Covington 2008).

Aux Etats-Unis, dans les années 1980, les chercheurs avaient déjà commencé à attirer l'attention sur le fait qu'il y avait peu de services de soins dédiés aux femmes ayant des problèmes d'addiction aux drogues. En réponse à ce constat, les organisations gouvernementales ont commencé à soutenir la recherche et le traitement pour les femmes, afin de comprendre les différences entre les sexes dans l'accès au traitement. Les recherches ont alors mis en évidence les caractéristiques et les situations sociales des femmes ayant des problèmes d'usage de drogues, les besoins des femmes et les obstacles à l'entrée et au maintien des soins pour les femmes. Cela a permis de mettre en place des programmes qui accordent une plus grande attention aux femmes et à leurs besoins particuliers. Aujourd'hui, certains programmes essaient d'offrir des services sensibles au genre en ciblant les femmes enceintes ou les adolescentes, ou en offrant des services parentaux spécialisés aux femmes et à leurs enfants (Greenfield et Grella 2009; Grella 2008).

En France, depuis plusieurs années, des initiatives sensibles au genre sont développées pour améliorer la prise en charge des femmes dans les CSAPA¹¹¹ et les CAARUD¹¹². Ces programmes ont tenté de mettre en place des services dédiés (unités femmes-enfant, CAARUD et communauté thérapeutique réservés aux femmes...). Certains dispositifs aménagent des plages horaires uniquement réservées aux femmes, d'autres organisent des ateliers et groupes de paroles pour les femmes et où elles discutent souvent de la grossesse, du lien mère-enfant et de la santé sexuelle et reproductive (Fédération Addictions 2016). Ces réponses spécifiques aux femmes sont nommées sous le terme générique *d'accueils ou accompagnements féminins* qui renvoient à la diversité des interventions (Mutatayi 2019). L'enquête Ad Femina (2019) rapporte que les services délivrés aux femmes UD en France sont répartis à travers deux grands champs d'action : des accueils orientés vers les mères, d'autres vers « les femmes ». Les accueils centrés sur les mères fournissent un accompagnement de la grossesse, de la maternité et de l'aide à la parentalité. L'accompagnement dirigé vers les femmes se focalise sur les vulnérabilités biologiques, psychologiques et sociales dont souffrent les femmes UD (risque infectieux, violence, stigmatisation...) sans pour autant exclure la question de la maternité (Mutatayi 2019).

Par ailleurs dans le champ de la santé maternelle et plus largement dans le domaine de la santé publique et du développement, plusieurs interventions de santé sont standardisées et élaborées par des experts compétents et techniquement pertinents des organisations internationales, coopérations bilatérales et Organisations non gouvernementales (ONG). Ces « modèles voyageurs »¹¹³ sont diffusés dans les pays d'Afrique ; des analyses approfondies de terrain, notamment par des anthropologues, montrent que ces modèles sont parfois inadaptés aux contextes réels des formations sanitaires, mal mis en œuvre et désarticulés au contexte (J.-P. Olivier de Sardan, Diarra, et Moha 2017).

Les difficultés de mise en œuvre des politiques RdR en Afrique notamment auprès des femmes restent peu documentées. Au Sénégal, depuis 2016, nous avons observé quelques interventions qui sont développées à l'endroit des femmes UD. Dans ce chapitre, nous allons décrire les

¹¹¹Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

¹¹²Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues

¹¹³Intervention institutionnelle standardisée, quelle qu'en soit l'échelle ou le domaine (une politique publique, un programme, une réforme, un projet, un protocole), en vue de produire tout changement social, à travers des changements de comportement d'une ou plusieurs catégories d'acteurs, et reposant sur un «mécanisme» et des «dispositifs».

perceptions des acteurs par rapport aux femmes usagères de drogues et la prise en compte du facteur genre dans les réponses apportées par les différents acteurs du champ des drogues au Sénégal (au-delà du CEPIAD).

15.1 Perceptions et expérience par rapport aux femmes UD et à leur traitement

15.1.1 La vulnérabilité, point d’ancrage de la réponse

Les entretiens menés auprès des intervenants montrent que les acteurs institutionnels perçoivent les femmes comme étant plus vulnérables que les hommes compte tenu du cumul de plusieurs conditions sociales : les modes d’utilisation des drogues injectables (l’injection et le partage de matériel), la prostitution, la stigmatisation sociale et les sanctions pénales, la précarité. En témoigne cet extrait d’entretien avec un addictologue du CEPIAD¹¹⁴ :

« La consommation de drogues c’est presque quelque chose qui est dénié, une femme ça ne doit pas toucher à la drogue... ça c’est du côté social mais il y a aussi le côté répressif qui est beaucoup plus accentué chez les femmes... Chez les femmes aussi, il y a cette grande vulnérabilité. On connaît la femme dans la société sénégalaise c’est quelqu’un qui doit être soumise donc qui est exploitable, malléable. Donc on voit que dans les milieux, elles sont très exploitées, ... du fait qu’elles sont femmes elles sont utilisées par les hommes dans la quête du produit, elles sont utilisées aussi pour faire de l’argent... ce qui fait qu’elles sont exposées. Par rapport aux hommes, on voit surtout que chez les femmes, il n’y a pas seulement le problème d’addiction, mais il y a aussi le problème de la prostitution et de ses complications. Elles sont aussi très précaires et plus touchées par le VIH. Ce qui fait que notre approche est vraiment très complexe, on a beaucoup de problèmes par rapport à la prise en charge des femmes CDI au CEPIAD ». Addictologue CEPIAD

Les acteurs institutionnels mettent au centre de leurs préoccupations la question de la vulnérabilité aux risques infectieux dans les réponses globales adressées aux UD en privilégiant dans leurs cibles les femmes « CDI », alors même que ce concept ne correspond pas aux réalités locales en matière de consommation (cf. chapitre 8). Malgré la reconnaissance par les acteurs du fait que les injecteurs sont peu nombreux au Sénégal, la focalisation sur la consommation de drogues injectables répond à des enjeux de prévention du VIH. Elle consiste à attirer l’attention sur les conséquences désastreuses des drogues sur la santé (VIH, hépatites) comme en témoigne l’extrait suivant avec un membre du CILD¹¹⁵ :

¹¹⁴ Centre de Prise en Charge des Addictions de Dakar

¹¹⁵ Conseil Interministériel de Lutte Contre les Drogues

« Les femmes sont de manière générale plus touchées par le VIH (...). « CDI » est un terme qui est consacré au niveau international, en fait c'est l'injection qui cause ces problèmes de maladies hématogènes avec le partage des seringues et autres... maintenant je ne sais pas quel autre terme on pourrait utiliser... l'idée c'est le fait de consommer et qui pourrait créer une certaine contamination ...et c'est pour ça qu'il faut mettre le focus sur la contamination ».

La population de CDI, quel que soit le mode de consommation, constitue donc une population clé pour le contrôle des épidémies de VIH et VHC au Sénégal.

Par ailleurs nos données empiriques montrent que quel que soit le type de drogue (alcool, drogues injectables), le mode, l'interaction avec les personnes qui consomment des drogues, que ce soit dans le cadre de relations sexuelles en lien avec la prostitution ou affectives, peuvent être considérées comme des situations de vulnérabilité à l'infection par le VIH à des degrés différents sur l'individu et le social. Par exemple la plupart des femmes consomment la cocaïne/crack qui est non pas injecté mais fumé. Par ailleurs, certaines d'entre elles consomment de l'alcool dans le monde de la nuit et du divertissement et s'exposent ainsi à des pratiques à risques (rapport sexuel non protégé sous l'emprise des produits, prostitution) et c'est cela qui constitue davantage le lien avec la transmission du VIH. Comme Magen (2019), nous pensons que la RdR doit s'ouvrir à d'autres problématiques, aller au-delà des recommandations médicalisées et dépasser la seule mise en œuvre des programmes d'échange de seringues et de traitement de substitution pour limiter la transmission des comorbidités infectieuses (Magen 2019). Comme le dit cet auteur, « toutes les considérations à destination d'un mieux vivre des usagers sont valables et les actions de RdR en direction des usagers qui n'injectent pas sont tout aussi pertinentes » (Magen Carine 2019).

Les acteurs communautaires perçoivent aussi les femmes comme plus vulnérables que les hommes. Les expériences d'interventions auprès des communautés d'UD leur ont permis d'observer que les femmes vivent en général des situations de précarité davantage que les hommes, qu'elles sont moins accessibles que les hommes et qu'elles sont plus touchées par le VIH. Cependant, ils critiquent l'utilisation abusive du concept de *CDI* dans le champ l'action car selon eux c'est un terme réducteur de la diversité des profils d'UD :

« On a encore cette discussion en interne de savoir sur quel terme s'arrêter (...). C'est vrai que déjà il y a une différence entre consommateurs de drogues et consommateurs de drogues injectables sur laquelle il s'agirait de statuer parce que chacun utilise des appellations différentes. Nous avec OSIWA, dans les rapports, ils nous demandent de mettre usagers de drogues (UD) déjà... alors que les femmes ont vraiment l'air de revendiquer le terme de

CDI, parce que depuis le début du projet de mise en place d'une association identitaire de femmes (UD) je ne les entends jamais utiliser le terme usager de drogues... Mais je pense que c'est assez restrictif car pour sortir de l'angle uniquement VIH/sida c'est très important d'oublier cette notion de CDI... même si je comprends les femmes leaders de l'association... Après, c'est des problématiques différentes de privilégier que ça soit uniquement un groupe de consommatrices de drogues injectables mais ça revient un peu à faire la distinction entre drogues dures et drogues douces qui n'est absolument pas pertinente. Et je pense qu'une consommatrice d'alcool peut faire face à des problématiques très similaires à celles d'une consommatrice d'héroïne qui s'injecte par exemple. Je pense que ça participe au fait de rester dans cette approche VIH/sida et d'ailleurs on essaie de sensibiliser les femmes de l'association qui sont restées dans cette approche par rapport aux choix des thématiques de sensibilisation... Cette approche VIH/sida est très nécessaire car on a parfois des doubles profils avec des femmes qui peuvent à la fois consommer de la drogue et à la fois être professionnelle du sexe... Donc c'est vraiment pertinent. Mais aussi il y a tellement d'autres thématiques qui peuvent s'appliquer beaucoup plus à la consommation de drogues en tant que femmes (...). Je pense qu'il faut faire un plaidoyer sur ça... Sinon le choix des mots est important et ça risque de nous faire oublier tout une partie des usagers de drogues ... déjà même sur les comportements sexuels sous l'emprise du cannabis et de l'alcool c'est tout à fait pertinent pour le VIH... Je pense qu'on risque de passer à côté de quelque chose en termes de prise en charge ou de développement de projet si on utilise trop ce terme de 'CDI' ». entretien en 2021 avec chef de projet Enda Santé

L'extrait d'entretien ci-dessus montre que la porte d'entrée du VIH a été nécessaire et pertinente dans un premier temps pour porter le plaidoyer en faveur d'une politique des drogues basée sur la santé et pour amener les politiques de RDR au niveau local. Maintenant, il convient d'aller au-delà pour une approche plus globale des différentes problématiques qui touchent les usagers de drogues et pour accéder à la diversité des profils d'usagers, notamment les femmes (et les jeunes), qui sont moins nombreuses dans le dispositif.

La focalisation sur les vulnérabilités aux infections n'est pas toujours suffisante pour réduire leur vulnérabilité plus globale. Comme disaient Desclaux et al (2011) « la 'raison sanitaire' ne suffit pas à changer les rapports sociaux si les rapports de pouvoir et les logiques culturelles perdurent » (Desclaux, Msellati, et Sow 2011). Nous avons vu dans les chapitres précédents (cf. chapitres 6, 10, 13) que les femmes étaient davantage touchées par la stigmatisation que les hommes, du fait de l'assignation biologique et symbolique à la fonction de mère et d'épouse. De plus, elles ont des attentes importantes en matière d'accompagnement psychosocial. Par ailleurs, on note que les acteurs du CEPIAD manifestent une volonté de répondre aux revendications des femmes en proposant des activités qui leur sont spécifiques. Cependant, les initiatives de soutien psychosocial restent jusque-là limitées. Au-delà, il est nécessaire de

constamment questionner les outils conceptuels utilisés dans le champ de l'intervention comme la notion de « CDI » qui porte des enjeux autour de la lutte contre le VIH mais qui limite l'accompagnement des autres catégories d'usagers de drogues comme les femmes.

15.1.3 La difficulté à atteindre les femmes

Le discours de l'expérience des acteurs (ANCS¹¹⁶, Enda Santé¹¹⁷, CEPIAD, CILD) par rapport aux femmes UD fait ressortir la difficulté à atteindre les femmes dans les interventions proposées. Que ce soit dans les soins ou dans les projets communautaires, les acteurs s'accordent sur le fait qu'ils ont toujours des problèmes quand il s'agit de mobiliser les femmes pour des activités spécifiques. L'extrait d'entretien suivant avec un acteur de l'ANCS évoque la question de l'invisibilité des femmes et la difficulté à les mobiliser :

« Au départ , nous n'avions pas une approche genre, nous nous approchions des CDI tout court, mais c'est au cours de l'intervention que nous nous sommes rendu compte qu'il y avait des femmes et en nombre assez important et c'est à partir de là qu'on s'est dit qu'il fallait les appuyer pour mieux les organiser parce que dans la masse général des hommes, elle ne trouvait pas forcément leur intérêt, leur repère ou encore moins la tendance à l'autonomie recherchée. Au départ, elles ont été d'accord pour participer à nos activités mais toutes à un moment donné ont trouvé les moyens de se fondre dans la nature. Je crois que l'un des problèmes principaux qu'on a eu c'est la mobilisation, c'est cela l'incapacité des femmes à s'assumer en tant que consommatrice et à travailler aux côtés de leurs pairs. Je crois que maintenant depuis un certain temps ça commence à évoluer timidement (...). L'autre chose qui est encore difficile dans la mobilisation des femmes, c'est lié à leur vulnérabilité, parce qu'elles s'attendent à chaque fois à un remboursement de transport et je pense quand quelqu'un est lié par le remboursement de transport, il ne pourra pas participer efficacement. Elles cherchent à avoir de l'argent coûte que coûte à chaque activité. La gestion des groupes quand il n'y a pas de l'argent c'est compliqué. Nous avons toujours dénoncé l'absence de leadership chez les femmes dans les groupes d'UD que nous accompagnons. Personne n'a voulu d'emblée assumer le rôle de leader jusqu'à maintenant » Chargé de projet ANCS

Ces difficultés sont également rapportées par les acteurs de la prise en charge. Pour accroître la participation des femmes à l'offre de soins, les équipes du CEPIAD ont tenté de mettre en place des activités pour attirer les femmes, cependant elles sont sans cesse confrontées à la difficulté de les atteindre et de les mobiliser, comme en témoigne ces propos d'un addictologue au CEPIAD :

¹¹⁶ Alliance Nationale des Communautés pour le Santé

¹¹⁷ ONG au Sénégal, entité en charge des programmes de Santé au sein de Enda Tiers Monde

« On a toujours des problèmes pour amener les femmes à fréquenter le CEPIAD. Je pense qu'il faut qu'on fasse encore plus d'efforts pour atteindre ces cibles (...). On a encore très peu d'activités genre... à chaque fois qu'on initie quelque chose comme l'atelier de couture qu'on avait prévu après c'est les hommes qui récupèrent ça, parce qu'on ne voit pas les femmes. Ça aussi, ça participe un peu de la stigmatisation, du regard social. Parce que nous ce qu'on voulait c'est avoir un créneau horaire pour les femmes, car quand on les mélange, souvent, les femmes ne veulent pas rester mais vu l'état du CEPIAD, on n'a pas pu faire ça ».

Ces propos montrent que les acteurs perçoivent que la difficulté à atteindre les femmes est liée à la stigmatisation mais aussi à l'absence de programmes attractifs pour les femmes usagères de drogues. La stigmatisation est une barrière à l'élaboration d'une stratégie efficace pour atteindre les femmes CDI car la dissimulation agit comme un obstacle à la formation d'une identité de groupe et empêche l'utilisation de réponses adressées aux femmes UD. L'élaboration des stratégies de sensibilisation pourrait réduire la stigmatisation et encourager la participation des femmes aux activités proposées. C'est pourquoi depuis 2016, malgré les difficultés rencontrées, les acteurs de la réponse ont essayé de mettre en place des initiatives sensibles au genre que nous avons répertoriées dans le tableau suivant.

Tableau 1. Cartographie des interventions spécifiques aux femmes

Acteurs intervenants	Domaines d'intervention	Objectifs et cibles activités genre	Activités réalisées		Durée de l'intervention		Mise en œuvre	
			Activités	Collaborations	Début	Durée	Facilités	Difficultés rencontrées
CEPIAD	Prise en charge intégrée des addictions (RDR, TSO, prise en charge des comorbidités, activités de convivialités)	Accroître la fréquentation des femmes au CEPIAD Favoriser l'entrée et le maintien des soins pour les femmes	Consultations gynécologiques	Médiateurs équipe de terrain, Enda santé	2017	3 mois	Appui financier des bailleurs	Pérenniser les activités à la fin des projets
			Suivi gynécologique	ANRS (projet CODISEN)	2016-2019	3 ans	L'appui des médiateurs	mobiliser et atteindre les femmes
			Groupes de paroles femmes	Projet ATLAS	2019-2021	2 ans	Outreach pour la mobilisation des femmes	
			Journée zéro discrimination pour les femmes CDI	CNLS, ONUSIDA	2020	1 semaine		

CILD	Définir la politique nationale de lutte contre l'abus et le trafic illicite des drogues ; Coordonner les actions des différents services de l'État du Sénégal dans la lutte contre la toxicomanie et le trafic illicite de drogue entre autres	Prise en compte de la dimension genre dans la lutte contre la drogue	Journée Femme (semaine nationale de sensibilisation) sur les drogues)	CNLS ANCS Badjenu Ngox	2019	1 journée	Collaboration avec les acteurs de la réponse sur le VIH	COVID Les termes techniques difficiles à traduire en wolof Pas accès à des femmes UD pour les associer à l'organisation de l'activité
ANCS	Encourager, appuyer et renforcer la participation des communautés dans les activités de santé publique en faveur des populations d'une manière générale et en	Renforcer les systèmes de santé en passant par la responsabilisation et l'autonomisation des communautés (y compris les femmes)	Mise en place d'un groupe d'auto support d'usagères de drogues à Mbour Renforcer les capacités des communautés en passant par	FrontlinesAids London School of Hygiène Fonds mondial	2017	3 ans	Longue expérience auprès des communautés	Difficulté à rassembler les femmes Les remboursements de transport Le manque de leadership féminin Les difficultés de financement

	particulier contre le VIH/Sida.		l'implication des pairs médiatrices dans les projets (Projet PARECO)		2017-2020	3 ans		
ENDA Santé	Accompagner les populations- particulièrement les groupes vulnérables- dans la défense de leurs droits pour l'accès à l'information et aux services de santé adéquats.		Accompagnement mise en place d'une première association de femmes UD « Femmes engagés »	OSIWA	2021	18 mois	Appui financier d'OSIWA Capitalisation de l'expérience avec les autres associations identitaires	Les femmes leaders avaient des attentes au-delà du renforcement de capacités proposées par le projet d'accompagnement de la mise en place de l'association (salaires)

En se basant sur l'objectif de ces différentes interventions, nous les avons réparties en deux catégories : « Au féminin s'il vous plait ! » (Un accueil centré sur la femme) et « Autonomiser ! » (Un accompagnement centré sur le renforcement de capacité)

15.2 Au féminin s'il vous plait !

L'accompagnement sensible au genre proposé par les acteurs de la santé (CEPIAD) et les acteurs institutionnels (CILD) est centré sur « la femme ». Le CEPIAD, de même que le CILD, ont inscrit la prise en compte du genre comme directive phare de leur plan stratégique.

L'un des principes directeurs du plan stratégique du CILD (2016-2020) est la prise en compte de la dimension genre dans la lutte contre la drogue. Pour ce faire, la problématique du genre est incluse dans tous les projets et programmes du CILD, comme en témoignent les propos d'un membre de cette structure :

« La dimension genre est importante pour nous, c'est pourquoi c'est inscrit dans le plan stratégique (...) et en tout cas on essaie de tout faire pour qu'au moment d'organiser des ateliers de formations avec les forces de l'ordre, la femme soit assez bien représentée. On avait organisé un atelier de formation exclusivement pour les Badjenu Ngokh¹¹⁸ car dans le plan stratégique [en cours de réflexion] il est prévu de décliner un programme avec les Badjenu Ngokh compte tenu de leur rôle majeur au niveau de nos sociétés. Il y avait une trentaine de femmes à cet atelier de formation sur les drogues. (...) Et nous avons aussi organisé la journée Femmes et drogues pendant la semaine de sensibilisation de lutte contre les drogues (...) Maintenant je vous donne l'exemple de la cellule aéroportuaire anti trafic qui rassemble des gendarmes, des douaniers... Cette cellule ne comprend pas de femmes, nous on a prévu de changer complètement, de faire en sorte que les femmes soient représentées surtout au niveau de la fouille. Pour les femmes qui transportent de la drogue, il n'est pas normal que les hommes les fouillent. Sur le plan normatif ça c'est une disposition qui s'applique exclusivement aux femmes et c'est la même chose aussi pour l'unité mixte de contrôle de conteneur qui fait le même travail au niveau du port pour qu'on tienne compte de la dimension genre à ce niveau-là. Ça c'est un projet »

Au CEPIAD, depuis le démarrage des activités en 2015, le constat de la faible proportion de femmes dans la file active a toujours interpellé les acteurs par rapport à la nécessité de mettre en place des activités qui intéressent les femmes. C'est pourquoi l'une des directives du plan stratégique du CEPIAD est « la promotion d'un environnement juridique éthique, socioéconomique et politique favorable au respect des droits humains et du genre dans la mise

¹¹⁸ Actrices de santé communautaire. Ce sont des marraines de quartier à la fois conseillère en soins, en sexualité, en santé sexuelle et reproductive. Souvent utilisées dans les activités de proximité des interventions de santé au Sénégal

en œuvre du paquet de services en faveur des CDI ». De plus, la plupart des femmes UD sous méthadone sont impliquées dans l'équipe de terrain Outreach¹¹⁹ du CEPIAD en vue d'atteindre un plus grand nombre de femmes. Cette stratégie est perçue comme une discrimination positive envers les femmes au CEPIAD.

Par ailleurs, l'inscription de la problématique du genre dans les documents politiques et stratégique témoigne d'une volonté de prendre en compte les vulnérabilités des femmes UD afin de réduire les inégalités de genre.

15.2.1 Consultations gynécologiques

Alors que les programmes de réduction des risques comprennent généralement la distribution de matériel de RdR (préservatifs ...), le dépistage et le traitement des IST, beaucoup n'abordent pas d'autres aspects de la santé sexuelle et reproductive (SSR). La reconnaissance des besoins spécifiques des femmes a conduit le CEPIAD à initier une offre de santé sexuelle et reproductive incluant un suivi gynécologique, le dépistage des IST et du cancer du col de l'utérus. Dans un premier temps, ces consultations gynécologiques ont été mises en place à travers le projet CODISEN et la convention CEPIAD/Enda Santé, comme en témoigne cet entretien avec un addictologue du CEPIAD :

« On avait initié quelques activités à travers des consultations gynécologiques avec l'appui des partenaires mais on n'a pas pu pérenniser cela parce qu'il y avait des partenaires qui nous appuyaient dans ça, mais les femmes ont beaucoup de demandes. (...) On avait initié des consultations gynécologiques avec la clinique mobile d'Enda santé avec le projet Esther qui avait été récupéré par Expertise France...et c'est comme ça qu'on a pu booster un peu la file active femme. On n'a pu le faire que sur un an, il y avait un intérêt particulier pour les femmes. Maintenant les contraintes ça a été la pérennisation des activités mais aussi la prise en charge des bilans parce que beaucoup avaient des complications sur le plan gynécologique et il fallait aller plus en avant faire des écho, des frottis, et même des interventions et c'était ça la contrainte essentielle...(...) Les consultations de CODISEN aussi c'était limité dans le temps et ça a pris fin en 2019. Les femmes ont été suivies sur 3 ans et le CEPIAD n'a pas pu prendre le relais » addictologue CEPIAD

¹¹⁹ L'outreach repose sur l'idée qu'il convient de ne pas attendre que les usagers de drogues se présentent d'eux-mêmes dans les structures de soins, et pose le principe d'« aller vers », c'est-à-dire aller à leur rencontre et les aider à se maintenir en bonne santé. L'éducation par les pairs postule que les usagers ou ex-usagers sont les plus à même d'avoir un discours adapté et de favoriser l'apprentissage de nouvelles pratiques. Au Sénégal, une équipe Outreach a été mise en place à partir de l'enquête UDSEN et est une composante des équipes du CEPIAD.

Ces propos révèlent les difficultés rencontrées par le CEPIAD pour continuer l'offre de SSR pour les femmes alors que cette offre de santé reproductive est appréciée par les femmes (cf. chapitre 14). Au-delà, elle reflète aussi le problème de la durabilité des interventions de santé lorsque le financement provient d'ailleurs (Fonds mondial, Expertise France et ANRS). Le manque de leadership financier entrave l'élaboration et la continuité d'interventions efficaces et inscrites dans la durée. Une intervention est considérée comme durable lorsque ses activités et ressources pertinentes se poursuivent dans le sens de ses objectifs principaux. Pour pérenniser les interventions de santé il faut tenir compte de trois éléments : (1) les avantages continus pour ceux qui ont reçu des services de santé au début du programme et pour les nouveaux participants lorsque les fonds de soutien sont interrompus; (2) la poursuite de la mise en œuvre des activités d'un programme dans une organisation après l'arrêt du soutien financier du programme; et (3) l'autonomisation des communautés pour améliorer leur santé en poursuivant les activités d'un programme terminé (Iwelunmor et al. 2016). Pendant de nombreuses décennies, les bailleurs de fonds et les acteurs des interventions sanitaires se sont posé la question : « Que se passe-t-il entre les individus, les familles, les communautés ou les systèmes de soins de santé lorsque le financement des bailleurs de fonds pour la mise en œuvre expire ? » (Iwelunmor et al. 2016). Cette question est tout aussi pertinente pour les programmes de RdR au Sénégal essentiellement soutenus par les financements du Nord.

15.2.2 Groupes de paroles de femmes

L'offre d'accompagnement en groupe permet de compléter l'accompagnement individuel et s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé au CEPIAD. En 2017, des groupes de parole¹²⁰ Femmes ont été organisés tous les 15 jours autour de la psychologue au CEPIAD afin que les femmes puissent discuter des vulnérabilités qui les touchent. Dans le cadre du projet ATLAS¹²¹, des groupes de paroles regroupant les femmes ont été initiés par le CEPIAD en

¹²⁰ Le terme renvoie à des espaces d'échanges d'informations et de soutien organisés dans le champ des interventions professionnelles et dans le cadre des groupes de soutien par les pairs. Les groupes sont généralement constitués en tenant compte des catégories d'utilisateurs de drogues présentant des caractéristiques communes avec des objectifs spécifiques (exemple : jeunes consommateurs, femmes ou hommes ; femmes enceintes ; personnes sous-main de justice...)

¹²¹ Projet déroulé au Sénégal, au Mali et en Côte d'Ivoire par l'ONG SOLTHIS et accompagné pour une partie Recherche par l'Institut de Recherche et de Développement (IRD) et concernant l'introduction des modèles d'auto-dépistage en Afrique. Le projet met à la disposition des PVVIH et des populations clés des auto-tests à travers une distribution primaire et secondaire (aux partenaires). Cette initiative vise à réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH/sida en améliorant l'accès au diagnostic du VIH et en assurant un lien efficace avec la prise en charge.

collaboration avec SOLTHIS¹²², comme en témoignent ces propos recueillis auprès de deux addictologues du CEPIAD :

« En 2017, quand la psychologue était encore là, on avait institué des groupes de paroles femmes. Je pense que c'était tous les jeudis deux fois par mois. Ça n'a pas duré (...) On choisissait les thèmes, l'idée c'était de permettre aux femmes de pouvoir fréquenter le CEPIAD et les motiver à venir » entretien avec addictologue CEPIAD en 2020

« Avec ATLAS, on a commencé en 2019, c'est pour 3 ans. ATLAS c'est globalement pour faire des choses complémentaires à ce que nous faisons pour le Fonds Mondial... donc l'idée c'était de combler le gap qu'on a avec les femmes et c'est pourquoi on a proposé des groupes de paroles avec les femmes. On a aussi proposé des sorties nocturnes pour pouvoir rencontrer les femmes qui fréquentent les bars...etc... Les sujets de discussion ça tourne essentiellement sur le VIH, ensuite on fait des dispensations d'autotest et on en profite pour sensibiliser sur les risques par rapport aux modes de consommation (...) c'est vraiment une porte d'entrée par les soins et pour les maintenir dans les soins. »

Les thématiques qui sont développées dans les groupes de paroles au CEPIAD tournent essentiellement autour de la consommation de drogues en lien avec les pathologies infectieuses et ne sont pas souvent choisies par les femmes elles-mêmes. Au-delà de la sensibilisation, les groupes de paroles ont généralement l'objectif d'offrir un espace d'écoute, d'échanges et de soutien à des personnes qui partagent des problématiques communes, ce qui répond au besoin spécifiques des femmes qui n'ont pas un autre espace pour se confier, la société leur refusant ce droit.

15.2.3 Journée annuelle « Femmes et drogues »

Chaque année, le CILD organise « une semaine nationale de sensibilisation et de mobilisation sur les drogues ». À l'occasion de l'édition de 2019, le CILD a décidé d'intégrer une journée femmes et drogues dans cette semaine pour sensibiliser davantage sur la problématique du genre en lien avec le phénomène des drogues, comme l'explique cet acteur du CILD :

« Il y a une journée internationale qui célèbre la lutte contre la drogue chaque année, nous on a opté pour une semaine au lieu d'une journée, ponctuée de plusieurs activités dont des panels, des conférences, des sensibilisations, des randonnées sportives et c'est dans ce cadre-là qu'on a organisé la journée Femmes et drogues. Pratiquement les panélistes étaient constituées

¹²²ONG de solidarité internationale avec comme objectif d'améliorer la prévention et l'accès à des soins de qualité en renforçant les systèmes et services de santé des pays où elle intervient. Créée en 2003, elle inscrit son action dans une démarche de développement pérenne afin de faire face sur le long terme aux enjeux de santé publique dans les pays à ressources limitées.

exclusivement de femmes, un médecin colonel qui est à l'hôpital Principal, mon adjointe, la directrice exécutive de l'ANCS, la secrétaire du CNLS qui s'est fait représenter. On l'a organisée en 2019, on n'a pas pu faire la semaine nationale de sensibilisation en 2020 à cause de la Covid. Cette année on risque de ne pas le faire à moins que la situation épidémiologique nationale s'améliore (...). C'était tout nouveau et l'assistance était composée par les forces de défense et de sécurité, les partenaires habituels quoi mais surtout les Badjenu Ngokh, mais il y a la barrière linguistique. On était obligé de parler alternativement le wolof et le français. Petite difficulté, il y a des gens qui ne peuvent pas traduire des termes techniques en wolof. (...) Malheureusement les présentations étaient faites en français et je pense que la prochaine fois, on va essayer de s'adapter en fonction de l'auditoire. On a prévu de l'institutionnaliser pour pouvoir l'organiser chaque année, d'ailleurs même dans le plan stratégique, on a bien insisté sur ça. (...) Bon les communications étaient complémentaires, il y avait une présentation faite par mon adjointe sur le cadre juridique, une présentation sur la sensibilisation, une autre sur l'addiction et le dernier sur le mode de transmission du VIH/sida par rapport aux modes de consommation et ça a été bien développé par les intervenantes. On n'a pas associé les femmes usagères de drogues à cette première journée... C'est récemment que j'ai su qu'elles ont commencé à se constituer en association et je voudrais vraiment qu'on ouvre une collaboration » entretien avec un acteur du CILD en 2021

Les femmes usagères de drogues n'ont pas été impliquées dans cette importante activité, ceci étant lié à leur invisibilité. Cependant les acteurs sont conscients qu'une telle activité ne peut se faire sans associer les femmes concernées et prévoient de travailler avec elles dans l'avenir.

En Décembre 2020, le CEPIAD en collaboration avec l'ONUSIDA¹²³ a organisé une « semaine Zéro discrimination dédiée aux femmes CDI ». Cette activité rentre dans le cadre général de la Journée Zéro Discrimination¹²⁴ organisée chaque année par l'ONUSIDA afin de sensibiliser sur la nécessité d'agir pour enrayer les inégalités de genre.

« En fait, je pense que les journées zéro discrimination, c'est une journée qui est chaque fois organisée, je pense par l'ONUSIDA au mois de Mars quelque chose comme ça. Et je pense que c'est la première fois que l'ONUSIDA, nous avait sollicités pour nous dire de l'organiser pendant la semaine des droits des femmes. C'était dans cette perspective là, mais avec la pandémie Covid, on a du décaler ça... il fallait le faire dans l'année et finalement on s'est dit

¹²³Programme des Nations Unies sur le VIH/sida. L'ONUSIDA guide et mobilise la communauté internationale en vue de concrétiser l'éradication de l'épidémie de sida comme menace de santé publique d'ici à 2030 dans le cadre des Objectifs de développement durable.

¹²⁴ Instituée par l'ONUSIDA, elle est célébrée chaque année à l'occasion du 1^{er} Mars. Cette journée a été mise en place dans la perspective de mettre en avant les problèmes liés aux discriminations et de les combattre. Cette année, l'ONUSIDA attire l'attention sur le besoin d'agir sans attendre pour mettre fin aux inégalités liées aux revenus, au sexe, à l'âge, à l'état de santé, au travail, au handicap, à l'orientation sexuelle, à l'usage de drogue, à l'identité sexuelle, à la race, à la classe sociale, à l'ethnicité et à la religion qui continuent d'exister dans le monde. https://www.unaids.org/fr/2021_ZDD_campaign_end_inequalities

pourquoi ne pas le faire coïncider avec la journée internationale de lutte contre le Sida. C'est pourquoi on l'a fait au mois de Décembre... Mais aussi on voulait vraiment mobiliser les femmes c'est ainsi qu'au lieu de faire une journée, on a proposé des activités dans la semaine. On leur a demandé et elles ont pensé que savoir créer des savons ça pourrait les intéresser et donc on a mis en place des ateliers de fabrication de savons pour les initier car elles peuvent après le vendre et avoir de l'argent. Apparemment elles ont beaucoup apprécié, elles étaient contentes. »

Pendant ces journées, les femmes ont pu avoir accès à des services de dépistage du VIH et de l'hépatite C, avoir un rendez-vous gynécologique, y compris un dépistage du cancer du col de l'utérus, obtenir des informations sur les addictions et fabriquer du savon. Nous y avons animé une conférence sur les discriminations faites aux femmes CDI au Sénégal. Notre participation à cette activité nous a permis d'observer une certaine satisfaction des femmes UD par rapport à ces journées, premières du genre au CEPIAD. A la cérémonie de clôture, on pouvait les voir vêtues de manière identique, « nirolé » en wolof, bien apprêtées, magnifiques et joyeuses de présenter les produits qu'elles ont fabriqués elles-mêmes. Le discours de la représentante des femmes montre qu'elles apprécient positivement une telle initiative et qu'elles sont dans l'attente que cela soit inscrit comme une activité pérenne où elles pourront s'informer et renforcer leurs capacités.



Illustration 1 : Atelier de fabrication de savon : photo prise en décembre 2020.



Illustration 2 : Les femmes avec le *nirolé* au CEPIAD



Illustration 3 : conférence sur les discriminations faites aux femmes CDI

15.3 Autonomisez !

Du côté des acteurs communautaires, Enda santé soutenu par OSIWA¹²⁵ et l'ANCS sont les principaux intervenants qui déroulent des initiatives sensibles au genre. Ces deux structures bénéficient d'un fort ancrage communautaire sur les questions liées aux populations clés au Sénégal. Les entretiens avec les acteurs de ces structures montrent que la question du genre occupe une place centrale dans l'élaboration globale de leurs stratégies et interventions auprès des groupes clés, comme le soulignent ces propos des chargés de projet de l'ANCS et d'Enda santé :

« L'ANCS étant dirigé par une dame, elle met au centre de ses interventions la problématique du genre qui a fait l'objet de beaucoup d'ateliers qui donnent une compréhension qui n'est pas nécessairement hommes/ femmes mais qui suppose la prise en charge des spécificités de tous les groupes. Alors

¹²⁵Open Society Initiative for West Africa. Le programme pays a pour objectif de mener des interventions sur la promotion de la participation des citoyens aux processus de prise de décision (en particulier les jeunes et les femmes) au niveau local. Elle soutient également des réformes du secteur de la justice et de l'environnement médiatique dans le but de lutter contre l'impunité et de renforcer la démocratie participative.

l'ANCS dans toutes ses interventions fonctionne dans le genre. C'est pourquoi nous essayons d'adresser des interventions à chaque catégorie de groupe clé, à chaque catégorie de personnes vivant avec le VIH. L'ANCS travaille à renforcer tous ses partenaires dans les questions liés au genre » Entretien avec chargé de projet ANCS en 2021

« Comme toutes les structures on essaie d'intégrer le genre soit dès la phase de conception, soit au cours de la mise en œuvre du projet on essaye d'intégrer l'approche genre. Je crois que dans les projets pour les jeunes, on avait des groupes de paroles pour les jeunes filles mais aussi pour les jeunes garçons. On a aussi un projet sur les violences faites aux femmes et sur la spécificité de leur vulnérabilité. Je crois que même dans les programmes quand on travaille avec les associations c'est toujours avec cette idée d'avoir des groupes de paroles spécifiques aux femmes » entretien avec chef de projet Enda en 2021

Ces propos reflètent une compréhension et une prise en compte globale de l'approche genre dans ces structures. Depuis plusieurs années, les gouvernements et les agences de développement accordent la priorité aux questions de genre dans la planification et les politiques de développement. La politique de santé mondiale accorde un intérêt particulier à l'amélioration de la santé des femmes et des filles, comme en témoigne le troisième objectif de développement durable (ODD) : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Cet objectif comprend des cibles spécifiques pour réduire la mortalité maternelle et de VIH et garantir l'accès universel aux services de santé reproductive (Langer et al. 2015). Les ODD comprennent également un engagement à réduire les inégalités entre les sexes comme le montre l'objectif 5 : « Autonomiser les femmes et les filles et défendre l'égalité de leurs droits » (Percival et al. 2018).

L'accompagnement communautaire est orienté vers le renforcement de capacité des usagers de drogues y compris pour les femmes UD. L'objectif de l'ANCS est de renforcer les systèmes de santé en passant par la responsabilisation et l'autonomisation des communautés, tandis que Enda santé encadre un projet de mise en place d'activités génératrices de revenus (AGR) pour les associations identitaires et la mise en place d'une première association de femmes UD à Dakar financé par OSIWA.

15.3.1 Le soutien entre les pairs

L'ANCS a plus de 10 ans d'expérience dans l'accompagnement des groupes d'usagers de drogues comme l'indique le chargé de projet sur les questions de drogues : « Vers les années

2005, l'ANCS avait déjà mis en place un groupe d'auto support dénommée APSUD¹²⁶ et il y a encore des survivants de ce groupe qui sont encore là et ça c'est important dans l'histoire de l'ANCS, car il y avait des bribes d'un accompagnement qui était là avant l'arrivée du CEPIAD, mais nous avons dû suspendre par défaut de financement ». L'objectif de l'ANCS est d'organiser les communautés à porter elles-mêmes les questions qui les touchent. C'est pourquoi la stratégie de cette structure consiste à impliquer les pairs dans les programmes et à les organiser en groupes d'auto-support. Les interventions auprès des UD en général ont été possibles grâce à trois projets principaux : Fonds mondial, PARECO, BUZA.

Dans le cadre du projet Fonds mondial, un volet important (Grant NMF 1 et NMF 3) est réservé aux consommateurs de drogues depuis 2016. Le centre Jacques Chirac est chargé de la mise en œuvre des activités. Ce volet n'est pas spécifiquement réservé aux femmes, mais concerne les UD en général. Il consiste à délivrer des services juridiques, des services de convivialité et des services psychosociaux, des services communautaires de prévention aux UD. Les acteurs de la mise en œuvre sont en train de réfléchir sur comment mettre en place des initiatives sensibles au genre au cours de cette année. Ce projet a également permis de fournir des soutiens individuels par rapport aux sollicitations des femmes (salaires médiatrices, aide au logement, soutien financier pour l'achat de médicaments ou de bilan de santé).

De 2017 à 2019, l'ANCS a mis en œuvre le Programme régional de Réduction des risques auprès des Consommateurs de drogues injectables (PARECO) financé par le Fonds Mondial. Ce projet a été mis en œuvre dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Guinée Bissau et Sénégal). Le programme PARECO a permis de réaliser des études bio-comportementales chez les CDI, de mettre en place des modèles innovants en réduction des risques qui ont permis d'impliquer les UD en tant que médiateurs. Les femmes UD ont été privilégiées dans le recrutement et plusieurs d'entre elles ont travaillé comme médiatrices dans ce projet.

De 2015 à 2020, l'ANCS a déroulé un programme spécifique pour les usagers de drogues nommés BUZA en collaboration avec Frontlines AIDS pour créer des groupes associatifs et la London School of Hygiene and Tropical Medicine pour initier une recherche participative auprès des pairs médiateurs (Stengel et al. 2018a). C'est un programme d'action communautaire pour la RdR. Il visait à identifier les CDI et à les mobiliser et les accompagner

¹²⁶ Association sénégalaise pour la prise en charge du VIH chez les usagers de drogues

à mettre en place des groupes d'auto-support et à les encadrer pour qu'ils puissent se formaliser en organisation reconnue. C'est ainsi que l'ANCS a pu permettre la mise en place de 10 associations avec récépissé et 10 associations qui n'ont pas encore de récépissé. Dans ce lot, un seul groupe d'auto support de femmes UD a été mis en place sur la Petite côte à Mbour, comme l'indiquent les propos du chargé de projet de l'ANCS :

« L'ANCS a travaillé à mobiliser les femmes à Dakar, à Thies et même à Saint Louis. Je pense qu'aujourd'hui à Dakar, elles sont en train de se formaliser en association et la plupart de ces femmes ont été plusieurs fois renforcées par l'ANCS. A Mbour, nous avons appuyé la mise en place d'un groupe d'auto-support des femmes UD avec le projet BUZA. Elles ont été plusieurs fois invitées à réfléchir avec nous, à exprimer leurs besoins et l'ANCS s'est efforcé de prendre en charge ces besoins (...) à chaque fois que quelqu'un parmi elles exprime de façon écrite un besoin, l'ANCS essaie de le prendre en charge. Si vous allez à Mboro et à Saint Louis, on n'a pas encore de groupes avec une masse critique de femmes mais nous encourageons les hommes à autonomiser les femmes, donc c'est encore timide mais nous espérons que ça va évoluer (...) Nous savons qu'il y a encore beaucoup de choses à faire car vous savez dans ces programmes, nous avons sorti des gens des difficultés mais nous avons créé d'autres difficultés. Quand quelqu'un était dans son ghetto et n'avait pas forcément besoin d'être bien habillé euh... maintenant qu'on a fait quelqu'un qui fréquente des « grands salons », les besoins émergent. Quand tu crées un leader, tu n'as pas beaucoup de choses à lui donner ça pose problème donc l'absence de financement pose problème mais aussi l'absence de motivation conséquente au leader. »

Ces propos témoignent du travail de l'ANCS qui consiste à mettre en place des groupes de soutien par les pairs. Cela passe par un processus de renforcement de capacités sur la gestion associative et l'implication des pairs UD en tant que médiateurs dans les projets. Au fur et à mesure, les UD mobilisés dans les programmes se positionnent en leader dans la communauté. Les groupes d'auto support consistent à réunir volontairement des personnes souffrant de conditions ou de circonstances similaires pour qu'elles puissent défendre leurs intérêts, bénéficier d'un soutien et s'entraider en partageant les connaissances, les expériences, les stratégies d'adaptation en vue de sortir des problèmes liés à la drogue. C'est pourquoi il n'est pas rare d'entendre certaines femmes revendiquer leur implication dans les activités dédiées en ces termes : « ce qui se fait pour nous sans nous est contre nous ». L'extrait d'entretien ci-dessus montre que cette stratégie est importante pour responsabiliser les communautés, cependant une fois que ces groupes sont formalisés, ils ont des besoins en termes de soutien financier et d'accompagnement de mise en place d'activités.

15.3.2 Le renforcement de capacités des associations

Parmi les associations dont la mise en place a été soutenue par l'ANCS, certaines ont maintenant une reconnaissance juridique et sont principalement accompagnées par Enda santé pour développer des activités de RDR (sensibilisation) et des Activités Génératrices de Revenus (AGR) sous financement d'OSIWA. Depuis 2018, trois de ces associations identitaires (deux à Dakar et une à Mbour) ont bénéficié d'une subvention pour initier des activités à travers le projet Geum sa bopp¹²⁷. Ces associations sont dénommées : Santé Espoir Vie (SEV), Association de lutte contre la toxicomanie, la TB, le VIH/Sida et la stigmatisation (ALT 2S), Sauver Ma Santé (SMS). Ces associations identitaires comptent parmi leurs membres des femmes. Cependant, les groupes sont majoritairement composés d'hommes. Les femmes sont également peu nombreuses à y occuper des postes de responsabilité. C'est ainsi que certaines femmes ont porté le plaidoyer pour le soutien à la mise en place d'une association lors d'une réunion de concertation réunissant les acteurs au siège d'OSIWA à Dakar à laquelle nous étions présente. Ce plaidoyer dénonçait le peu de pouvoir et le peu de parole accordée aux femmes dans les associations existantes, où elles n'étaient pas souvent membres du bureau, et que cela leur empêchait d'exprimer et de porter leurs demandes sociales et politiques. A la suite de ce plaidoyer, OSIWA a demandé aux femmes de réfléchir à un projet et de postuler à une demande de financement, comme l'indiquent ces propos de la chef de projet d'Enda santé :

« Il y a eu deux initiatives portées de façon parallèle, nous au niveau de Enda c'est un peu la suite du projet Geum sa bopp. C'est-à-dire que le fait d'avoir accompagné ces associations identitaires a posé la nécessité d'avoir des groupes de femmes (...). Parallèlement à ça, le projet a été porté par les trois femmes leaders à l'origine de l'association, elles ont été conseillées par des membres de l'ANCS. Elles étaient accompagnées par un membre de l'INPUD qui travaille étroitement avec OSIWA pour la rédaction d'un premier draft de projet. Ce projet a fait l'objet d'une discussion entre OSIWA et Enda Santé. On a été amené à écrire une nouvelle version de ce projet afin qu'on arrive à une version commune. Je pense que le projet initial des femmes était beaucoup plus accès euh...il y avait beaucoup de besoins matériels et là le projet dans sa version finale est plus sur des besoins de renforcement de capacités et d'accompagnement. (...). Mais en réalité ce sont les femmes qui ont eu la volonté de se constituer en association, elles étaient allées chercher elles-mêmes leur récépissé et tout et nous maintenant dans l'approche, on ne leur impose pas quoi que ce soit, on les encadre en essayant de les amener à se poser les bonnes questions, à prendre les bonnes décisions...etc. Voilà, on est vraiment dans une notion d'accompagnement mais pas de substitution.

¹²⁷ C'est un projet de renforcement de capacité de trois associations identitaires. Il comporte trois volets : le renforcement de capacité, l'autonomisation financière et la création d'un cadre de concertation entre les acteurs communautaires. Chaque association a identifié une AGR collective de son choix et a bénéficié de l'encadrement de Enda (formation, appui pour le montage du projet). La plupart de ces associations ont choisi de mettre en place des poulaillers.

(...) Les idées viennent d'elles, il faut aussi que leur développement vienne d'elles. Là c'est juste une première étape.»

Le projet des femmes a pour objectif d'accompagner la mise en place d'une association de femmes UD et de renforcer les capacités des membres en termes de gestion associative, de développement stratégique pour la recherche de financement et de partenariat. Le projet comprend plusieurs activités. Entre autres, une étude est prévue sur la vulnérabilité des femmes usagères de drogues de la Petite côte, des consultations pour les besoins en formation et les attentes des membres par rapport à l'association, un accompagnement personnalisé des leaders selon leurs besoins en formation, des repas communautaires deux fois par mois organisés par les femmes elles-mêmes, des réunions mensuelles entre Enda et les femmes, des ateliers d'échanges, des rencontres avec des modèles d'autres leaders d'associations de populations clés, etc. L'association se nomme « Femmes engagées » et regroupe des femmes consommatrices de drogues injectables. Les femmes elles-mêmes ont fait le choix de se limiter à la catégorie de CDI pour un début avant d'intégrer d'autres profils de femmes UD, comme le précise la présidente de l'association :

« Parce que là on est au début, nous on est expérimentées par rapport à la consommation, maintenant si le besoin se fait sentir pour d'autres consommatrices de quelque drogue que ce soit, que ça soit l'alcool ou bien le cannabis, on va le faire, mais pour un début on va commencer avec...parce que tu sais, les consommateurs là, ils commencent par le cannabis, l'alcool, moi j'étais poly consommatrice, et ensuite quelque chose de plus fort. Donc on n'a pas besoin de ces filles-là c'est sûr, donc pour un début, on verra ensuite comment rajouter les autres, et déjà on a du boulot avec les femmes CDI » entretien présidente association femmes engagées en 2021.

L'association s'est formalisée en 2020 et les activités de renforcement de capacités avec Enda ont commencé en Février 2021 pour une durée de 18 mois. On remarque donc que les femmes commencent à se mobiliser pour arriver à dépasser leur invisibilité, à s'entraider et s'autonomiser. Cela suggère de mener des études futures sur les mobilisations féminines à l'œuvre dans le milieu des UD.

Conclusion

Notre recherche montre l'existence d'interventions sensibles au genre au Sénégal, principalement mises en œuvre par le CEPIAD, le CILD, l'ANCS et Enda Santé. Cependant les initiatives restent limitées. L'accès et le maintien aux soins est souvent plus difficile pour les femmes que pour les hommes notamment en raison d'une stigmatisation accrue combinée à l'insuffisance de la prise en compte de leurs besoins. Pour corriger cette inégalité dans le

domaine des addictions, les initiatives sensibles au genre au Sénégal sont d'abord dirigées vers les femmes. Les principales difficultés rencontrées par les acteurs concernent l'invisibilité et la mobilisation des femmes, le manque de leadership féminin et le défaut de financements. Les interventions qui sont proposées sont centrées sur la femme et sur l'autonomisation. Elles s'inspirent des modèles dont l'efficacité est reconnue au niveau international (suivi gynécologique, journées dédiées aux femmes, accompagnement de groupes associatifs). Les objectifs de ces interventions sont d'atteindre un plus grand nombre de femmes dans le dispositif, de les encourager à aller vers les soins et de s'y maintenir ; mais aussi et surtout de les accompagner vers l'autonomisation. Cependant, la plupart de ces interventions restent cantonnées sur les femmes CDI et les thématiques développées tournent autour de la vulnérabilité au VIH. Diversifier les bénéficiaires en tenant compte des usagères d'autres produits, pourrait permettre de dérouler des programmes de RDR adaptée au contexte et aux pratiques locales en matière de consommation de drogues.

Par ailleurs, ces initiatives sont très souvent financées par les organismes internationaux, ce qui pose des problèmes de durabilité des interventions, un problème bien connu à propos des interventions dans le champ du développement et analysé largement par Olivier de Sardan (J.-P. O. de Olivier de Sardan 1995). Cela suggère la nécessité d'investir, de mobiliser des financements nationaux dans des approches et des interventions ayant un impact important sur la dynamique d'usage de drogues. Les programmes de RdR « importés » devraient prendre en compte les spécificités sociales et culturelles, la diversité des profils d'utilisateurs et leur environnement social (Magen Carine 2019).

Le CEPIAD s'est inscrit dans la dynamique d'adaptation de la RdR au contexte socioculturel et au profil des utilisateurs en initiant l'emport à domicile de la méthadone. Cette mesure est initiée dans un premier temps en 2016 pendant le Ramadan pour permettre aux utilisateurs de jeûner : ils pourront ainsi prendre la méthadone en même temps que leur repas la nuit. Elle est étendue par la suite à certains patients, puis généralisée pour tous dans le contexte de la Covid 19 dans l'optique d'assurer la continuité des soins (I. Ba et al. 2021). L'emport à domicile de la méthadone se présente comme une solution face aux difficultés de déplacement et de présence au CEPIAD hors des horaires de travail officiels, contraignants pour les patients et pour l'équipe. Il a également permis aux patients de se tourner vers la réinsertion professionnelle car ils ne sont plus dans l'obligation de se rendre au CEPIAD tous les jours (Diop, Desclaux, et Groupe d'étude CODISEN 2018). Cependant, il convient maintenant d'aller plus loin dans la prise en compte des particularités locales et de la diversité des profils et des besoins.

Dans le champ des addictions, il existe une variété de modèles de groupes à visée thérapeutique qui sont utilisés à l'échelle internationale. On peut citer entre autres : groupes de parole, d'information ou éducation thérapeutique, (re) socialisation, médiation corporelle, mémoire et sens, médiation artistique à visée créative ou expressive, Santé et justice. Il est à noter qu'un bâtiment du CEPIAD, aujourd'hui encore parfois appelé « case de Collomb » a été le lieu des « penc », rencontres d'échange thérapeutique mises au point par ce psychiatre colonial, qui a été l'initiateur de l'intégration à l'hôpital des soins traditionnels par les guérisseurs et de la prise en compte de la dimension culturelle de la maladie mentale. A la fin de la période coloniale et dans les premières années du Sénégal indépendant, l'école de Dakar posait les bases de l'ethnopsychiatrie. Elle recourait alors à un échange thérapeutique qui est un groupe de paroles avec les patients, les accompagnants et les médecins (Boussat et Boussat 2002; 2002; Collignon 2018).

C'est le groupe de parole qui est actuellement spécifiquement proposé aux femmes au CEPIAD. Cependant quel que soit le modèle, il doit être adapté aux besoins des femmes afin de dépasser la difficulté à les mobiliser. Les femmes devraient être impliquées dans l'élaboration et la conception des objectifs du groupe de parole et des journées qui leurs sont dédiées car cela constitue un déterminant important de l'acceptabilité du modèle choisi (Charlier 2018). L'efficacité des « modèles voyageurs » est reconnue malgré les limites en termes d'adaptation qu'ils peuvent poser. Il faut travailler à ce que les modèles itinérants soient plus sensibles au contexte et prennent mieux en compte les contraintes, les ressources, les aspirations et les stratégies des acteurs locaux (J.-P. Olivier de Sardan, Diarra, et Moha 2017).

Le suivi gynécologue est un besoin de santé important pour les femmes UD. Les femmes consommatrices de drogues injectables sont parfois des professionnelles du sexe. Elles sont souvent décrites comme ayant des pratiques sexuelles à risques combinées à l'utilisation non systématique du préservatif et au partage de matériel de consommation. Ces comportements augmentent les risques par rapport au VIH et aux autres pathologies infectieuses et la survenue de grossesses non désirées. Par ailleurs la consommation d'opiacés peut provoquer des complications obstétricales (fausse couche, retard de croissance intra-utérin, syndrome néonatal). La santé sexuelle et reproductive des femmes englobe le suivi gynécologique, l'offre de contraception, les examens gynécologiques, les consultations prénatales, ainsi que le dépistage des comorbidités infectieuse et des cancers du col (Sourget Cecchella 2019). En France par exemple, dans les CSAPA et CAARUD, la plupart des accueils centrés sur « la femme » et vers les « mères » propose un suivi périnatal, un accompagnement de la maternité

et de l'aide à la parentalité (Mutatayi 2019). Cette dimension de la maternité et du lien mère enfant est très peu prise en compte dans les initiatives spécifiques aux femmes proposées au CEPIAD. La grossesse est une particularité féminine importante. L'intégration de services gynécologiques permanents dans le dispositif pourrait permettre aux femmes d'accéder à un meilleur suivi de la santé sexuelle et reproductive.

Dans le champ des addictions, la mise en œuvre de la RdR offre une possibilité aux usagers de drogues de participer aux politiques publiques. Le modèle des groupes d'auto-support essentiellement promu par les acteurs communautaires (ANCS, Enda Santé) a été reconnu comme efficace pour responsabiliser les pairs dans le processus de rétablissement des UD. Il est basé sur le fait que la non prise en compte des besoins des patients par les institutions et les professionnels peut être pallié par le soutien entre les pairs (Jauffret-Roustide 2010). Les usagers engagés dans les associations sont souvent associés à la réflexion dans les instances locales et internationales pour discuter des modalités de la prise en charge. Au niveau international, l'auto support des usagers de drogues se constitue généralement soit pour « l'entraide » soit pour « la défense d'intérêt ». En ce qui concerne l'entraide, il s'agit de fournir un soutien psychosocial aux UD. En ce qui concerne la défense d'intérêt, cela consiste à porter des revendications sociales et politiques et à valoriser leur expertise d'UD. Le modèle type de l'entraide s'inspire du modèle des Alcooliques Anonymes (AA)¹²⁸ né aux USA au début des années 1950. L'ASUD (Auto Support des Usagers de Drogues) en France est l'archétype du modèle de groupe de défense d'intérêt. Ce type de groupe milite pour une réforme des politiques des drogues vers l'anti prohibitionniste, la réduction des risques et de la réhabilitation des usagers en tant que citoyen à part entière (lutte contre la stigmatisation et la discrimination) (Jauffret-Roustide 2010; Chappard, Couteron, et Sovape 2019).

S'agissant du Sénégal, il n'existe pas à notre connaissance d'études portant sur les mobilisations associatives identitaires autour de l'usage de drogues, ni spécifiquement sur les associations féminines dans leur ensemble, ce qui permettrait d'aborder l'intersectionnalité des mobilisations. Ndione (2017) a montré que les premières associations mises en place au Sénégal

¹²⁸ Programme de rétablissement au sein d'une organisation volontaire d'auto-assistance / d'entraide composée d'alcooliques auto-définis. Les AA offrent un accompagnement non médicalisé et anonyme basé sur l'abstinence et proposent des réunions de groupe à vocation thérapeutique.

(APSUD¹²⁹, ASDR¹³⁰) ne répondaient pas au principe d'un groupe d'intérêt se mobilisant pour les questions les concernant, car elles se présentaient plutôt comme des « mobilisations sous tutelle » ou, pourrait-on dire, « avec tuteur », impulsées dans le champ de l'intervention (par l'ANCS) ou par les acteurs de la santé (par les psychiatres addictologues) (Ndione 2018). Néanmoins, de telles associations peuvent aussi s'autonomiser avec les années, et porter des revendications différentes de celles que leurs tuteurs avançaient pour elles. Depuis 2015, nous avons observé la constitution de plusieurs groupes d'auto-support dans plusieurs régions du Sénégal et la formalisation d'associations identitaires encore encadrées par l'ANCS et Enda Santé comme SEV, ALT 2 S, SMS et plus récemment « Femmes engagées ». Ceci suggère l'intérêt de mener des études approfondies sur la réponse communautaire (engagement communautaire), le rôle des pairs médiateurs dans le dispositif, la dynamique associative des UD au Sénégal et plus particulièrement sur les mobilisations féminines à l'œuvre dans le milieu des UD, en examinant leur processus d'autonomisation ou la subsistance de leur dépendance à long terme.

¹²⁹ Association d'initiative médicale en collaboration avec l'ANCS. Elle a été mise en place par un UDI et d'un médecin psychiatre vers les années 2005 et s'est ensuite dissoute face aux contraintes (financement, mésentente à propos des objectifs de l'association...)

¹³⁰ Association sénégalaise pour la réduction des risques infectieux chez les groupes vulnérables. Elle s'est formée autour d'un médecin psychiatre addictologue et d'un assistant social après l'enquête UDSEN 2011. Son objectif est d'amélioration de la prise en charge médicale, sociale, économique et communautaire des CDI de Dakar. Elle s'adresse aux populations clés (UDI, PS, les HSH)

Conclusion générale

Retour sur l'objet de recherche

La politique dominante en matière de drogues en Afrique de l'Ouest est basée sur la prohibition. Elle s'inspire des conventions internationales de contrôle des drogues. Les lois en matière de drogues répriment aussi bien les consommateurs que les trafiquants. Le discours sur la prohibition présente les drogues illicites comme dangereuses, leur utilisation et leur possession justifient des sanctions pénales répressives. Dans un tel paradigme, l'usager de drogue (UD) est considéré comme un criminel dont la société doit être protégée. De plus en plus, des plaidoyers portés par les communautés d'usagers de drogues et des acteurs locaux et régionaux et internationaux dénoncent cette approche comme étant source de violations des droits humains (violences, stigmatisation).

Au Sénégal, bien que l'usage de drogue soit criminalisé, une réforme progressive est en cours avec l'implémentation des programmes de Réduction des risques dans un contexte ouest-africain, basés notamment sur le modèle pilote de soins du CEPIAD. La transition actuelle propose un modèle hybride (mesures punitives moins sévères, alternatives à l'incarcération et politiques de RdR). Des révisions des textes politiques et juridiques sont proposées par les différents acteurs afin de promouvoir une approche basée sur la santé et sur les droits humains. Avec la médicalisation de l'usage de drogues, le modèle de la maladie est promu dans les discussions politiques par les acteurs du CEPIAD. Ce modèle propose de considérer les UD comme des malades, et non comme des délinquants ou des déviants. Dans le modèle de la maladie, les UD, en particulier les femmes, sont présentés comme vulnérables au VIH et aux hépatites du fait des pratiques à risque de consommation (injection) et de la prostitution. Offrir une prise en charge médicale et sociale à cette population relève d'une urgence de santé publique.

Au Sénégal, les femmes demeurent la « face cachée » de l'usage de drogues. En 2011, les femmes UD incluses dans l'étude UDSEN, beaucoup moins nombreuses que les hommes, avaient des taux de prévalence du VHC et du VIH plus élevés et consommaient surtout de l'héroïne et du crack. La plupart d'entre elles étaient aussi travailleuses du sexe (TS). Depuis le début des activités du CEPIAD (Dakar), les femmes sont minoritaires parmi les usagers accédant à la prise en charge. La plupart des études ethnographiques au Sénégal se sont généralement focalisées sur le modèle dominant du consommateur masculin, les connaissances sur les femmes UD restent jusque-là limitées. En l'absence d'informations sur ce sujet en

Afrique de l'ouest francophone, cette thèse décrit les trajectoires des femmes UDI et analyse les déterminants de leur faible participation au dispositif de prise en charge au Sénégal.

Dans cette étude, j'avais pour objectif de décrire et d'analyser les trajectoires de vie, de consommation et de soins des femmes ainsi que la dimension genrée de l'offre de santé aux UD afin de comprendre les déterminants du faible recours des femmes à la prise en charge des addictions et au traitement des comorbidités (VIH, hépatites).

Cette thèse d'approche qualitative, s'inscrit du point de vue théorique et conceptuel dans une perspective socianthropologique du genre, des drogues, des addictions et des soins de santé. Pendant longtemps, la recherche sur la consommation de drogues n'a examiné que les effets de la drogue sur la vie des hommes. Ces derniers sont les principaux participants aux études. Cette occultation au niveau académique et scientifique reflète l'invisibilisation qui entoure la consommation de drogues au féminin. Pour corriger cette inégalité, Je me situe dans une approche genre qui se focalise sur l'ethnographie de l'usage de drogues chez les femmes afin de comparer nos données avec les trajectoires des hommes largement décrites dans la littérature disponible. Pour cela, j'ai utilisé un cadre conceptuel basé sur les notions principales de trajectoire, intersectionnalité et syndémie. Ces concepts parlent tous de multiples facteurs qui se croisent et interagissent et permettent de penser de façon plurielle la consommation de drogues chez les femmes (cf. Chapitre 3).

Le concept de trajectoire m'a permis de décrire et d'analyser la diversité des itinéraires (courts ou longs, combinant diversement soin et usage de drogues), ainsi que les facteurs et événements qui facilitent ou limitent le passage d'une étape à l'autre. La notion de trajectoire a été importante pour saisir la manière dont les femmes donnent du sens à leurs parcours d'usage de drogues. Cependant, elle présente des limites en particulier lorsqu'il s'agit de la manière dont les événements mis en évidence dans les récits peuvent être interprétés. Les manières de se raconter peuvent être influencées par un ensemble facteurs (victimisation, interventions en cours) et devenir des discours « tout fait » qui structure l'expérience. D'un point de vue analytique, j'ai adopté la définition de trajectoires comme des événements décrits dans leur enchainement dans un récit que la chercheuse ou la personne interrogée considère comme ayant des conséquences importantes pour sa vie, son identité et son itinéraire d'usage de drogues. Cette trajectoire indique des liens entre les événements et le processus d'évolution des trajectoires de consommation et de soins compte tenu des contextes socioculturels.

Le concept d'intersectionnalité m'a permis d'utiliser des catégories sociales pour expliquer les relations complexes au sein des inégalités ayant trait à différentes conditions sociales, qui donnent du sens à la lecture des trajectoires. La comparaison des catégories sociales a permis de comprendre les inégalités, les différences par rapport au rapport aux soins et à la santé des femmes UD. Malgré la classification non exclusive et imparfaite des conditions sociales de statut des femmes, l'intersectionnalité m'a permis de saisir le cumul des vulnérabilités dont souffrent les femmes en fonction de leur statut d'UD, de personne vivant avec une pathologie infectieuse, de travailleuse du sexe. Cependant, la discrimination et la stigmatisation jouent un rôle important dans l'explication du rapport aux soins chez les femmes. En particulier, j'ai souligné l'influence des dimensions sociales et institutionnelles à la fois sur les trajectoires de consommation et de soins des femmes, révélant également le rôle des inégalités sociales. C'est pourquoi d'un point analytique, j'ai utilisé le concept d'intersectionnalité pour comprendre les discriminations multiples auxquelles les femmes font face. Dans cette étude l'intersectionnalité a présenté des limites car elle ne s'applique qu'à des caractéristiques sociales alors qu'il y a synergie entre les effets de l'imbrication des pathologies infectieuses (VIH, hépatites) et les effets de la catégorisation D'UD et de genre au CEPIAD.

En outre la notion de syndémie m'a permis d'englober les facteurs biologiques, infectieux, sociaux, individuels et structurels qui interagissent sur l'état de santé général des femmes. On peut noter ainsi que la syndémie est une façon d'appliquer l'intersectionnalité à la vulnérabilité aux épidémies, en montrant le lien circulaire entre vulnérabilités des femmes, autres pathologies et COVID 19. On voit dans les récits des trajectoires la manière dont le vécu de l'addiction s'imprègne d'autres expériences de maladies (VIH, hépatites, COVID 19). Ces expériences se chevauchent et renforcent la vulnérabilité des femmes UD, mais aussi la manière dont les femmes les vivent est intimement liée aux conditions structurelles et aux vulnérabilités sociales. A travers l'approche syndémique on comprend les choix des patients en matière de prise en charge intégrée proposée au CEPIAD et la façon dont le traitement des conditions syndémiques est perçu par les femmes. On voit la manière dont la COVID 19 a renforcé la fragilité des femmes (impact sur les pratiques d'usages, les activités personnelles et professionnelles et l'accès aux soins), mais aussi les formes inégales d'ancrage dans le milieu des drogues (liens forts et liens faibles) ont pu créer les conditions d'un vécu différentiel d'accès aux drogues, d'arrêt de consommation, en temps de COVID. Cependant la syndémie n'est pas uniquement révélatrice de vulnérabilités qui s'entrelacent et de désavantages des personnes qu'elles touchent, elles révèlent également des pratiques résilientes qui doivent être mise en avant dans

les approches syndémiques. La capacité des individus à s'en sortir malgré un fardeau supplémentaire de conditions biologiques et sociales défavorables est importante à connaître. Les syndémies présentent l'opportunité d'étudier les voies et les pratiques de résilience et les ressources sociales qui aident les personnes vulnérables à s'échapper des environnements défavorables.

Par ailleurs, J'avais émis une hypothèse de départ selon laquelle les trajectoires des femmes sont différentes de celle des hommes et au sein de cette différence, il y a une diversité de trajectoires définies qui peuvent influencer le rapport aux soins et être expliquées d'un point de vue socioanthropologique. Mon terrain a confirmé nos présupposés de départ. Nos données montrent une diversité de trajectoires et différents profils sociologiques de femmes UD qui ont des besoins différents en fonction des caractéristiques qui leur sont associées. Au-delà, ce travail met en évidence l'influence de la stigmatisation et de l'auto stigmatisation sur les trajectoires de soins des femmes UD.

Des vies de femmes avec les drogues

Les biographies de la plupart des femmes inscrites dans les soins au CEPIAD sont denses. Elles retracent des événements marquants et des ruptures (traumatismes pendant l'enfance, relation au partenaire, exclusion sociale du fait de la stigmatisation, précarité, fréquentation d'un milieu d'UD). On y retrouve la trilogie d'Olievenstein (produit-individu-contexte). Dans ces trajectoires, vivre sa vie de femme UD exige de développer des compétences : maîtrise des modes d'usages, des techniques, des associations des produits, gestion de l'usage et de la diversité des effets. Ces femmes appartiennent à un milieu, une sous-culture où elles se socialisent et consomment. Dans ce milieu la pratique d'injection est de moins en moins utilisée depuis l'implémentation de la RdR au Sénégal. Les produits (héroïne, cocaïne/crack) sont le plus souvent fumés ou inhalés. Vivre sa vie de femmes UD expose également à une double stigmatisation, en raison des attentes concernant les normes et les identités de genre (épouse, mère) mais aussi en raison de l'intersectionnalité à laquelle les femmes sont soumises (PVvih, TS, CD) et subissent aussi les effets de la marginalisation dans le milieu des UD.

Par ailleurs certains récits de vie sont fluides : les biographies sont moins marquées par la précarité et des événements traumatiques. Ces trajectoires montrent que toutes les femmes qui consomment les drogues n'arrivent pas à une phase d'addiction et ne sont pas forcément des prostituées. La relation prostitution-drogues n'est pas unilinéaire, l'entrée dans la drogue pouvant créer des pratiques occasionnelles de prostitution dont un des objectifs est souvent de

trouver les moyens pour accéder au produit. Certaines femmes restent dans une consommation festive occasionnelle, d'autres maîtrisent leur consommation ou arrivent à le gérer lorsqu'elles s'approchent de la dépendance.

En outre, ce qui demeure marquant dans presque toutes les trajectoires c'est la culpabilité des femmes UD envers leurs enfants et leurs mères. Elles ont le sentiment de devoir rester cachées pour ne pas être confrontées aux jugements moraux. Dans une société sénégalaise où le *sutura* (la discrétion) et le *kersa* (la retenue) sont des valeurs traditionnelles fondamentales de la femme, elles préfèrent rester discrètes pour ne pas subir le poids du regard social.

Notre étude distingue quatre profils de femmes UD utilisant des drogues injectables en produit principal : des jeunes femmes du monde de la nuit et du divertissement, des jeunes femmes des quartiers populaires et des associations de travailleuses du sexe (TS), des femmes connues dans le milieu des CDI comme « anciennes junkies », et des femmes dépendantes aux médicaments isolées.

Les étapes des trajectoires et leurs déterminants

Les récits initiatiques montrent que les femmes s'engagent dans des trajectoires d'usages par divers types d'initiation : l'initiation par les pairs, l'initiation à l'insu, l'initiation par les partenaires et l'initiation par les prescriptions médicamenteuses. Les femmes consomment des drogues pour de multiples raisons, y compris la poursuite de plaisir, pour satisfaire la curiosité, gérer le stress, faire face à la douleur physique en cas de maladie ou à la suite d'événements familiaux traumatiques.

La plupart des récits montrent que les femmes UD sont soumises à de multiples vulnérabilités liées à des pratiques et situations à risque telles que prostitution, traumatismes, précarité, incarcération, relation au partenaire, grossesse et maternité difficile, isolement social du fait de la stigmatisation, etc. Ces différents événements peuvent expliquer, du point de vue des femmes, l'entrée dans la consommation de drogue et la poursuite malgré les conséquences. Les femmes se sentent stigmatisées par leur entourage familial, par les prestataires de soins et par leurs homologues masculins. Elles se sentent souvent jugées comme n'étant pas à la hauteur des attentes sociales de gardiennes des valeurs morales et de l'assignation biologique à la maternité. Cette stigmatisation perçue alimente l'auto-stigmatisation et invisibilise davantage les femmes.

Les trajectoires de sortie montrent que la guérison des addictions est aussi une construction sociale. Les trajectoires sont constamment sujettes à des changements qui dépendent de la personne, des contextes sociaux et culturels, ainsi que du temps et de l'espace, mais aussi du sens qu'on donne aussi à la notion de « sortie ». La sortie des addictions s'appuie sur différentes stratégies de sevrage, tout en résultant d'un long processus. Les tentatives de s'en sortir sont ponctuées par plusieurs phases de re-consommation. Cette recherche distingue trois types de trajectoires de sorties de l'addiction : des trajectoires sans passer par la substitution, passant par un changement de statut et par l'amorce d'une re-socialisation. Dans ces trajectoires, l'entrée dans le dispositif du CEPIAD offre une forme de retour à l'estime de soi, une resocialisation et un retour à une valeur morale, forme de rédemption.

Les femmes et la prise en charge addictologique, médicale et sociale

Le CEPIAD et son dispositif de RDR (notamment le programme CODISEN) est défini pour répondre plus particulièrement à la syndémie et aux situations d'empilement des vulnérabilités médicales (pour plusieurs pathologies) et sociales (addicts, pauvres).

Les entretiens menés au CEPIAD montrent qu'il y a peu de différences de perceptions entre les hommes et les femmes quant à la prise en charge. Les femmes autant que les hommes apprécient globalement l'offre de soins (méthadone, sensibilisation, activités d'autonomisation). Cette satisfaction se traduit dans la trajectoire de vie par un arrêt ou une diminution de la consommation de drogues, une amélioration de l'aspect physique, un retour à la santé avec l'accès au traitement des maladies infectieuses et somatiques, le retour en famille, une sortie de la prostitution, un mariage ou un remariage.

Concernant l'accès aux soins, « l'invisibilité » des femmes rend leur atteinte difficile pour les acteurs du CEPIAD et les autres intervenants de la réduction des risques. Les femmes sont peu nombreuses dans le dispositif et les acteurs ont du mal à les mobiliser pour des activités du fait qu'elles veulent demeurer cachées pour échapper à la stigmatisation.

Des différences de genre pour l'accès sont observées. La plupart des hommes interrogés ont un travail. Certains hommes ont recherché des soins au CEPIAD puis abandonné le traitement par manque de temps. D'autres perçoivent la méthadone comme une « autre drogue » et dénoncent l'absence de proposition de sevrage. Certains regrettent que leur traitement ait été suspendu pour cause d'incarcération ou de bagarre dans le centre, et critiquent cette forme de sanction qui risque de les reconduire dans l'addiction.

De leur côté, les femmes elles-mêmes ont identifié divers obstacles à l'accès aux soins, notamment la peur d'aller dans les services de santé. Éviter les services est souvent un choix rationnel que les femmes prennent pour éviter la stigmatisation. Certaines femmes rencontrées sont des travailleuses sexuelles (TS) clandestines ou professionnelles, parfois sans domicile fixe, qui ont accès à des services de dépistage à travers des associations ou ONG. Au CEPIAD, elles craignent d'être stigmatisées par leurs homologues masculins et par les prestataires de soins, en tant que UD mais aussi TS. Leur statut de mères induit la peur de se dévoiler pour ne pas porter atteinte à la réputation de leurs enfants. Certaines ne sont pas convaincues de l'efficacité du traitement de la consommation de cocaïne qui est leur principal problème. D'autres déclarent manquer de temps et de motivations et déplorent le manque d'interventions attractives pour les femmes.

Les femmes des profils que nous avons identifiés (des jeunes femmes du monde de la nuit et du divertissement, des jeunes femmes des quartiers populaires et des associations de travailleuses du sexe (TS), des femmes connues dans le milieu des CDI comme « anciennes junkies », et des femmes dépendantes aux médicaments isolées) expriment des besoins différents, en fonction des caractéristiques qui leur sont associées. Certaines préféreraient une offre de soins de santé mobile, d'autres souhaitent une meilleure prise en compte des besoins de santé liés au corps et à la santé sexuelle et reproductive, et des activités sociales spécifiques aux femmes. Les femmes ont besoin de programmes d'accès spécifiquement conçus pour répondre à leurs besoins spécifiques, pour leur fournir des services gratuits et pour assurer la protection de leur sécurité et la confidentialité de leurs données personnelles.

Au Sénégal, quelques initiatives sensibles au genre sont proposées pour mieux atteindre les femmes usagères de drogues. J'ai classé ces initiatives dans deux catégories : « Au féminin s'il vous plaît ! » (Un accueil centré sur la femme) et « Autonomiser ! » (Un accompagnement centré sur le renforcement de capacité). Dans la majorité des cas, les activités sont financées par les bailleurs internationaux. Les difficultés concernant les financements venus du Nord interrogent sur la pérennisation de telles activités. Les activités sont souvent dirigées vers le seul profil de femmes CDI/vulnérables au VIH. Ce « même service pour toutes » ne prend pas en compte les différents profils et la diversité des trajectoires des femmes UD au Sénégal, que j'ai pu identifier à travers cette recherche doctorale. Certaines femmes cumulent des identités intersectionnelles en tant que UD-TS-PVVIH. Si l'on ne tient pas compte des intersections entre ces facteurs, les obstacles aux services de santé subsisteront et la discrimination et l'exclusion se poursuivront.

Cette thèse aura montré les différences de genre concernant les hommes et les femmes face aux addictions et les besoins spécifiques des femmes (aux catégories multiples) auxquels le CEPIAD et des dispositifs de RdR répondent en partie -et pourraient mieux répondre en prenant en compte ces analyses. Elle aura également montré la diversité des situations, demandes et besoins des femmes usagères de drogues, tout en expliquant leur faible recours au CEPIAD. Il sera particulièrement intéressant de comprendre, par la comparaison avec d'autres études à venir, si ces résultats sont propres au Sénégal ou partagés en Afrique de l'ouest. En outre, pour des recherches postdoctorales, il sera important d'explorer la thématique du genre et dynamique associative dans le milieu des UD (intersectionnalité des mobilations, place des femmes dans les associations et mode d'articulation des associations avec le système de soins).

Références bibliographiques

- Adès, J. 2020. « Les addictions. Définitions et limites du concept ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 68 (4): 173-74. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.02.001>.
- Ait-Daoud, Nassima, Derek Blevins, Surbhi Khanna, Sana Sharma, Christopher P. Holstege, et Pooja Amin. 2019. « Women and Addiction: An Update ». *The Medical Clinics of North America* 103 (4): 699-711. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.03.002>.
- Alessandrin, Arnaud, et Vocation sociologue (Bordeaux). 2012. « Aux frontières du genre [actes de la journée d'étude annuelle, Bordeaux, 1er avril 2010] ». L'Harmattan.
- Ane, Maria-Goretti. 2017. « Drug Policy in Africa: Towards a Human Rights-Based Approach ». 2017. <https://idpc.net/publications/2017/04/drug-policy-in-africa-towards-a-human-rights-based-approach>.
- ARTE. 2019. *Togo : la folie du Tramadol* | ARTE. https://www.youtube.com/watch?v=3kauxhHgP_4.
- Asare, Joseph, et Isidore S Obot. 2013. « Des Politiques pour le Traitement de la Dépendance aux Drogues en Afrique de l'Ouest Document de référence de la WACD n°8 1 ». Commission ouest Africaine des drogues. <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/12/Politiques-Pour-Traitement-de-D%C3%83%C2%A9pendance-en-AO-2013-12-13.pdf>.
- Atewologun, Doyin. 2018. « Intersectionality Theory and Practice ». Oxford Research Encyclopedia of Business and Management. 28 août 2018. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190224851.013.48>.
- Ayon, Sylvia, Fatma Jeneby, Faizah Hamid, Abdalla Badhrus, Taib Abdulrahman, et Gitau Mburu. 2019. « Developing Integrated Community-Based HIV Prevention, Harm Reduction, and Sexual and Reproductive Health Services for Women Who Inject Drugs ». *Reproductive Health* 16 (1): 59. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0711-z>.
- Azim, Tasnim, Ezazul I. Chowdhury, Masud Reza, Munir Ahmed, Mohammed T. Uddin, Repon Khan, Giasuddin Ahmed, et al. 2006. « Vulnerability to HIV Infection among Sex Worker and Non-Sex Worker Female Injecting Drug Users in Dhaka, Bangladesh: Evidence from the Baseline Survey of a Cohort Study ». *Harm Reduction Journal* 3 (1): 33. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-3-33>.
- Ba, I., A. Desclaux, M. Diop, I. Ndiaye, et M. H. Thiam. 2021. « Assurer la continuité des soins au temps de la Covid-19 : défis pour le centre de traitement des addictions à Dakar ». *Médecine Tropicale et Santé Internationale - magazine*, février. <http://revuemtsi.societe-mtsi.fr/index.php/bspe-mag/article/view/55>.
- Ba, Idrissa, Annie Leprêtre, et Maryvonne Maynard. 2015. « Ouverture du CEPIAD à Dakar, premier centre méthadone en Afrique de l'Ouest ». Plateforme Elsa. 2015. <https://plateforme-elsa.org/ouverture-du-cepiad-a-dakar-premier-centre-methadone-en-afrique-de-louest/>.
- Bâ, Mariama. 1987. *Une si longue lettre*. Dakar: Nouvelles éditions africaines du Sénégal.
- Balaji, Divya, Linda B. Mlunde, Olivia C. Tran, Barrot Lambdin, Jessie Mbwambo, Cassian Nyandindi, Eva Matiko, Michael Copenhaver, et R. Douglas Bruce. 2016. « First Report

- of Gender Based Violence as a Deterrent to Methadone Access Among Females Who Use Heroin in Dar es Salaam, Tanzania », *AIDS Behav.* ,
- Barbier, Kathia. 2019. « Sexe et représentations. Les façons de penser les femmes et leur délinquance chez les acteur-ice-s pénaux-ales et leurs effets sur la construction de la population délinquante ». *Champ pénal/ Penal field*, n° 16 (février). <https://doi.org/10.4000/champpenal.10438>.
- Bardem, Isabelle, et Isabelle Gobatto. 1995. *Maux d'amour, vies de femmes. Sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain*. Paris: L'Harmattan.
- Barrault, Marion. 2013. « Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes ». *Psychotropes* 19 (3): 9-34. <https://doi.org/10.3917/psyt.193.0009>.
- Beauvoir, Simone de, et Simone Beauvoir. 1949. *Le deuxième Sexe: Les faits et les mythes*. Le deuxième sexe, Simone de Beauvoir; 1. Paris: Gallimard.
- Beck, François. 2005. « Dénombrer les usagers de drogues : tensions et tentations ». *Geneses* no 58 (1): 72-97. <https://www.cairn.info/revue-geneses-2005-1-page-72.htm>.
- Becker, Howard. 1963. *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press.
- Becker, Howard S. 1985. *Outsiders*. Editions Métailié. <https://doi.org/10.3917/meta.becke.1985.01>.
- Becker, Howard S, et Jean-Claude Passeron. 2004. *Ecrire les sciences sociales, commencer et terminer son article, sa thèse ou son livre*. Paris: Economica.
- Becker, Howard Saul. 2001. *Qu'est ce qu'une drogue?* Anglet: Atlantica.
- Bergeron, Henri. 2010. *Sociologie de la drogue*. LA DECOUVERTE.
- Bertaux, Daniel. 2016. *Le récit de vie*. Armand Colin.
- Bertrand, Karine, et Louise Nadeau. 2006a. « Toxicomanie et inadaptation sociale grave : perspectives subjectives de femmes en traitement quant à l'initiation et la progression de leur consommation ». *Drogues, santé et société* 5 (1): 9-44. <https://doi.org/10.7202/014301ar>.
- . 2006b. « Trajectoires de femmes toxicomanes en traitement ayant un vécu de prostitution : étude exploratoire ». *Drogues, santé et société* 5 (2): 79-109. <https://doi.org/10.7202/015695ar>.
- Bidart, Claire. 2006. « Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques ». *Cahiers internationaux de sociologie* n° 120 (1): 29-57. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2006-1-page-29.htm>.
- Bila, Blandine. 2008. « Anthropologie « chez soi » auprès de personnes vivant avec le VIH à Ouagadougou : Empathie, méthode et position des acteurs ». *Revue en ligne des sciences humaines et sociales* 17. <https://www.ethnographiques.org/2008/Bila>.
- Bilge, Sirma. 2009. « Théorisations féministes de l'intersectionnalité ». *Diogene* n° 225 (1): 70-88. <https://www.cairn.info/revue-diogene-2009-1-page-70.html>.
- BM. 2011. « Comprendre la dynamique du khat à Djibouti Aspects sociaux, économiques et de santé ». Rapport No 62823-DJ. Région Afrique du Nord et Moyen Orient: Banque mondiale.

- Boilat, P.-D. 1984. *Esquisses sénégalaises*. Paris: Karthala.
- Bonnet, Nicolas, et Jean-Pierre Couteron. 2015. 28. *Grossesses et addictions*. Vol. 2e éd. Dunod. <https://www.cairn.info/addictologie--9782100721429-page-302.htm>.
- Bourdieu, Pierre. 1978. « Sur l'objectivation participante. Réponse à quelques objections ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 23 (1): 67-69. https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1978_num_23_1_2609.
- Bourgeault, Ivy L., Cecilia Benoit, et Louise Bouchard. 2013. « Vers une sociologie de la santé et des soins de santé ». *Healthcare Policy* 9 (SP): 12-13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4750146/>.
- Bouscaillou, Dr Julie, Jérôme Evanno, Dr Myrtille Prouté, Dr Niklas Luhman, Pascal Blanchetière, et Dr Edgar Durand. 2014. « Santé des personnes usagères de drogues à Abidjan en Cote d'Ivoire: Prévalence et pratiques à risque d'infection par le VIH, les Hépatites virales, et autres infections ». Abidjan/ Cote d'Ivoire: Medecin du Monde Cote d'Ivoire.
- Bouscaillou, Julie, Jérôme Evanno, Myrtille Prouté, André Inwoley, Mathieu Kabran, Thierry N'Guessan, Samedi Djé-Bi, et al. 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 (avril): 116-23. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.02.010>.
- Boussat, Stéphane, et Michel Boussat. 2002. « À propos de Henri Collomb (1913-1979) : de la psychiatrie coloniale à une psychiatrie sans frontières ». *L'Autre* Volume 3 (3): 409-24. <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2002-3-page-409.htm>.
- Bouvet, Marlène. 2017. « Lise Demailly et Nadia Garnoussi (dir.), Aller mieux. Approches sociologiques ». *Lectures*, juin. <http://journals.openedition.org/lectures/22988>.
- Bowleg, Lisa. 2020. « We're Not All in This Together: On COVID-19, Intersectionality, and Structural Inequality ». *American Journal of Public Health* 110 (7): 917-917. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305766>.
- Boyd, Susan. 2004a. « Femmes et drogues ». *Psychotropes* Vol. 10 (3): 153-72. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2004-3-page-153.htm>.
- Boye, Sokhna. 2016. « L'allaitement au Sénégal: entre normes sociales et pratiques singulières ». Thèse de doctorat, Dakar, Sénégal: Lasap/Ethos, Université Cheikh Anta Diop de Dakar. <http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=thl&d=thl%5f2017%5f0018>.
- Bridge, Jamie, et Maria-Goretti Loglo. 2017. « Les lois ouest-africaines en matière de drogues : Résumé et revue », 8.
- Brunelle, Natacha, et Marie-Marthe Cousineau. 2005. *Trajectoires de Déviance Juvenile: Les Éclairages de la Recherche Qualitative*. PUQ.
- Brunelle, Natacha, Marie-Marthe Cousineau, et Serge Brochu. 2002. « La famille telle que vécue par des jeunes consommateurs de drogues et trajectoires types de déviance juvénile ». *Drogues, santé et société* 1 (1). <https://doi.org/10.7202/000419ar>.
- Burton-Jeangros, Claudine. 2017. *L'éthique (en) pratique : la recherche en sciences sociales*. Université de Genève. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:99839>.
- Caloen, Benoît van. 2005. « Dilemmes de l'individualisme : un contexte sociétaire de l'usage de drogues ». *Drogues, santé et société* 3 (1): 69-86. <https://doi.org/10.7202/010520ar>.

- Carricaburu, Danièle, et Marie Ménoret. 2004. « Chapitre 3 - Le médecin : contrôleur social ou entrepreneur moral ». *U*, 41-60. <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-sante--9782200262297-page-41.htm>.
- Carvalho, Sarah. 2019. « L'éthique de la recherche entre réglementation et réflexivité ». *Revue d'anthropologie des connaissances* 13 (13-2). <http://journals.openedition.org/rac/1094>.
- Castel, R., M. Benard-Pellen, C. Bonnemain, N. Boullenger, A. Coppel, G. Leclerc, A. Ogien, et M. WEINBERGER. 1998. *Les sorties de la toxicomanie*. Res Socialis. Fribourg: Editions Universitaires de Fribourg.
- Cathérine, Gebhard. 2021. « COVID-19: un regard sur la pandémie sous l'angle du genre et du sexe ». *2021 :3*, n° 3 (janvier). <https://doi.org/fms.2021.08713>.
- CEPIAD. 2019. « Plan Stratégique 2020-2024 du Centre de Prise en Charge Intégrée des Addictions de Dakar (CEPIAD) ».
- Cesoni, Maria Luisa. 1992. « Les routes des drogues : explorations en Afrique subsaharienne ». *Revue Tiers Monde* 33 (131): 645-71. <https://doi.org/10.3406/tiers.1992.4714>.
- Chappard, Pierre, Jean-Pierre Couteron, et Association Sovape. 2019. *Chapitre 43. L'auto-support*. Vol. 3e éd. Dunod. <https://www.cairn.info/addictologie-2019--9782100788408-page-585.htm>.
- Charles, Molly, et Gabriel Britto. 2001. « Le contexte socioculturel de l'usage des drogues et ses implications pour les politiques de lutte contre la toxicomanie ». *Revue internationale des sciences sociales* n° 169 (3): 509-17. <https://www.cairn.info/revue-internationale-des-sciences-sociales-2001-3-page-509.htm>.
- Charlier, Émilie. 2018. « Groupes de parole non thérapeutiques pour proches : expériences vécues des acteurs ». *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances* 5 (2): 11-40. <https://doi.org/10.7202/1054333ar>.
- Chevalier, Catherine, André Nguyen, Isabelle Nougier, et Pierre Villéger. 2015. « Comprendre le phénomène de l'addiction ». *Actualités Pharmaceutiques* 54 (544): 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2014.12.004>.
- Chouvy, Pierre-Arnaud. 2015. « La guerre contre la drogue : bilan d'un échec ». *La Vie des idées*, janvier. <https://lavedesidees.fr/La-guerre-contre-la-drogue-bilan-d-un-echec.html>.
- CILD. 2016. « Plan stratégique national de lutte contre la drogue 2016 –2020 ». Ministère de l'intérieur et de la sécurité publique: Sénégal. <http://www.cild.gouv.sn/wp-content/uploads/2018/04/PSNLD-periode-2016-2020-VF.pdf>.
- Ciss, Ismaïla, et Abdoulaye Toure. 2015. « Face aux drogues, les groupes saafi et maniwel du Sénégal ». *Deviance et Société* Vol. 39 (2): 209-24. <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2015-2-page-209.htm>.
- Clair, Isabelle. 2015. *Sociologie du genre*. Paris: Armand Colin.
- Clouzeau, Monique. 2014. « Besoins de soins médicaux des consommateurs de drogues injectables à Dakar: diagnostic, analyses et recommandations ». Mémoire de Master 2 Santé publique et environnement, Nancy.
- Colbeaux, Christian, éd. 2012. *Sexe, genre et addiction: actes des dixièmes rencontres de l'U.S.I.D., l'Unité de soins et d'information sur les drogues du Centre hospitalier de*

- Douai, le jeudi 30 septembre 2010 à l'Université des sciences juridiques et politiques « Alexis de Tocqueville », Douai. Paris: Harmattan.
- Colcombet, François. 2017. « La drogue aujourd'hui et demain ». *Après-demain* N ° 44, NF (4): 3-4. <https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2017-4-page-3.htm>.
- Collignon, René. 2018. « Henri Collomb and the Emergence of a Psychiatry Open to Otherness through Interdisciplinary Dialogue in Post-Independence Dakar ». *History of Psychiatry* 29 (3): 350-62. <https://doi.org/10.1177/0957154X18777210>.
- Collomb, Henri, Moussa Diop, et Henri Ayats. 1962. « Intoxication par le chanvre indien au Sénégal ». *Cahiers d'Études africaines* 3 (9): 139-44. https://www.persee.fr/doc/cea_0008-0055_1962_num_3_9_3269.
- Coppel, Anne. 2002. « Peut-on sortir de la toxicomanie ? », septembre. <http://www.annecoppel.fr/chapitre-15-peut-on-sortir-de-la-toxicomanie/>.
- . 2004a. « Les femmes et les drogues : nouveaux rapports sociaux de sexe et nouvelles formes de subjectivité ». *La Santé de l'Homme*, n° 372: 38-40. <http://www.annecoppel.fr/les-femmes-les-drogues-nouveaux-rapports-sociaux-sexe-nouvelles-formes-subjectivite/>.
- . 2004b. « Figures de femmes ... ». *Le courrier des addictions*, n° 2 (juin): 54-58. <http://www.annecoppel.fr/figures-femmes/>.
- . 2004c. « Figures de femmes ... ». *Le courrier des addictions*, n° 2 (juin): 54-58. <http://www.annecoppel.fr/figures-femmes/>.
- . 2017. « De la guerre à la drogue à la réduction des risques ». *Après-demain* N ° 44, NF (4): 41-43. <https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2017-4-page-41.htm>.
- Coppel, Anne, Malika Amaouche, et Lydia Braggiotti. 2020. *Le bus des femmes: prostituées, histoire d'une mobilisation*.
- Corrigan, Patrick, Sachiko Kuwabara, et John Oshaughnessy. 2009. « The Public Stigma of Mental Illness and Drug Addiction: Findings from a Stratified Random Sample ». *Journal of Social Work* 9 (avril): 139-47. <https://doi.org/10.1177/1468017308101818>.
- Coutellec, Léo. 2019. « Penser l'indissociabilité de l'éthique de la recherche, de l'intégrité scientifique et de la responsabilité sociale des sciences ». *Revue d'anthropologie des connaissances* Vol. 13, N°2 (2): 381-98. <https://www.cairn.info/revue-anthropologie-des-connaissances-2019-2-page-381.htm>.
- Couteron, Jean-Pierre. 2006. « Toxicomanies, addictions, quel(le)s mode(s) de sortie ? » *Psychotropes* Vol. 12 (3): 11-19. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-11.htm>.
- Couvrette, Amélie, Serge Brochu, et Chantal Plourde. 2016. « The “Deviant Good Mother”: Motherhood Experiences of Substance-Using and Lawbreaking Women ». *Journal of Drug Issues* 46 (4): 292-307. <https://doi.org/10.1177/0022042616649003>.
- Covington, Stephanie S. 2008. « Women and Addiction: A Trauma-Informed Approach ». *Journal of Psychoactive Drugs Suppl* 5 (novembre): 377-85. <https://doi.org/10.1080/02791072.2008.10400665>.
- Davis, Kathy. 2015. « L'intersectionnalité, un mot à la mode. Ce qui fait le succès d'une théorie féministe ». *Les cahiers du CEDREF. Centre d'enseignement, d'études et de recherches pour les études féministes*, n° 20 (janvier). <http://journals.openedition.org/cedref/827>.

- Décret n° 97-1219. s. d. « Décret n° 97-1219 du 17 décembre 1997 relatif aux mesures de traitement des toxicomanes Rapport de présentation ». Consulté le 19 mai 2021. http://www.cild.gouv.sn/wp-content/uploads/2016/05/Decret97_1219.pdf.
- Demazière, Didier. 2013. « Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues ». *Sociologie* Vol. 4 (3): 333-47. <https://www.cairn.info/revue-sociologie-2013-3-page-333.htm>.
- Desclaux, Alice. 2008. « L'éthique médicale appliquée aux sciences humaines et sociales : pertinence, limites, enjeux et ajustements nécessaires ». *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 101 (2): 77-84. <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010045582>.
- Desclaux, Alice, Aïssa Diarra, et Sandrine Musso, éd. 2021. *Guérir en Afrique: Promesses et transformations*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Desclaux, Alice, Philippe Msellati, et Khoudia Sow. 2011. *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*. Sciences sociales et sida. Paris: ANRS.
- Desnoyers, Johanne. 2000. « Histoire des femmes au Sénégal et au Mali et processus de modernisation: Itinéraires et aspirations de la première génération de lettrées ». Mémoire pour l'obtention du grade de maître, Laval: Faculté des études supérieures de l'Université Laval. file:///C:/Users/user/Downloads/18346%20(1).pdf.
- Diagne, Papa Mamadou. 2016. « Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise. Socio-anthropologie de la santé mentale au Sénégal ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 13 (novembre). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2171>.
- Diallo, Marème. 2018. « Les déterminants de l'insatisfaction des besoins en contraception à Sédhiou ». département de sociologie: Université Cheikh Anta Diop de Dakar.
- Diatta, Nfansou Victor. 2012. « Drogue et changement social en milieu insulaire : la société Karone de Casamance à l'épreuve de l'économie de cannabis ». Sociologie, Dakar: Université Cheikh Anta Diop.
- Diombera, Mamadou. 2014. « Tourisme et développement local : vers une redéfinition des relations au niveau de la Petite-Côte sénégalaise ? » *Études caribéennes*, n° 26 (mars). <https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.6736>.
- Diop, Mouhamet, Alice Desclaux, et Groupe d'étude CODISEN. 2018. « Adaptations locales du traitement des addictions par la méthadone au Sénégal ». In . Ouidah (Bénin).
- DIOP-VERTU, Suzanne. 1987. « Propos sur l'infanticide au Sénégal ». *Présence Africaine*, n° 141: 37-40. <https://www.jstor.org/stable/24351560>.
- Downs, Laura Lee, Rebecca Rogers, et Françoise Thebaud. 2012. « Gender studies et études de genre : le gap ». *Travail, genre et sociétés* n° 28 (2): 151-68. <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2012-2-page-151.htm>.
- Dubar, Claude, et Sandrine Nicourd. 2017. « III / Expliquer les trajectoires sociales ». *Reperes*, février, 29-42. <https://www.cairn.info/les-biographies-en-sociologie--9782707193957-page-29.htm>.
- Duboz, P., L. Gueye, G. Boetsch, et E. Macia. 2015. « Accès aux soins à Dakar (Sénégal) : fréquence, type de soignants et maladies chroniques non transmissibles ». *Médecine et Santé Tropicales* 25 (2): 165-71. <https://doi.org/10.1684/mst.2015.0450>.

- Dunlap, Eloise, Gabriele Stürzenhofecker, et Bruce Johnson. 2006. « The Elusive Romance of Motherhood: Drugs, Gender, and Reproduction in Inner-City Distressed Households ». *Journal of Ethnicity in Substance Abuse* 5 (3): 1-27. https://doi.org/10.1300/J233v05n03_01.
- Dupertuis, Valérie. 2006 « Plate-forme romande Femmes-Dépendances : pour la prise en compte des spécificités des dépendances des femmes ». *Nouvelles Questions Féministes* 25 (2): 144-47. <https://doi.org/10.3917/nqf.252.0144>.
- Duros, Marine. 2014. « La variable sexe suffit-elle pour comprendre les inégalités de genre ? : l'apport de l'intersectionnalité | Cairn.info ». 2014. <https://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2014-2-page-80.htm>.
- Dwyer, Sonya Corbin, et Jennifer L. Buckle. 2009. « L'espace Entre : Sur Le Fait d'être Un Initié-Étranger Dans La Recherche Qualitative ». *International Journal of Qualitative Methods* 8 (1): 54-63. <https://doi.org/10.1177/160940690900800105>.
- Ekouevi, Didier K., Patrick A. Coffie, Mounerou Salou, Benjamin G. Kariyare, Anoumou C. Dagnra, Boris Tchounga, Mireille Prince-David, Renaud Becquet, et Vincent P. Pitche. 2013a. « Séroprévalence du VIH chez les usagers de drogues au Togo ». *Santé publique*, n° 25 (avril): 491-498. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-4-page-491.htm>.
- . 2013b. « Séroprévalence du VIH chez les usagers de drogues au Togo ». *Santé Publique* 25 (4): 491-98. <https://doi.org/10.3917/spub.134.0491>.
- Emédia. 2019. « Emedia : LES FEMMES “CRACK” POUR L'HÉROÏNE ET LA COCAÏNE ». 2019. <https://emedia.sn/LES-FEMMES-CRACK-POUR-L-HEROINE-ET-LA-COCAINE.html>.
- Escohotado, Antonio, et Abel Gerschenfeld. 1995. *Histoire élémentaire des drogues: des origines à nos jours*. Paris: Lézard.
- Fall Sokhna, Rokhaya, et Sylvie Thiéblemont-Dollet. 2009. « Du genre au Sénégal Un objet de recherche émergent ? » *journalistes et sociologues*, n° 16: 159-76. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.350>.
- Faramelli, Anthony. 2017. « La réduction des risques au Royaume-Uni et le double diagnostic ». *Chimères*, n° 91 (décembre): 107-19. <https://doi.org/10.3917/chime.091.0107>.
- Fassin, Didier. 2000. « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé ». *Anthropologie et Sociétés* 24 (1): 95-116. <https://doi.org/10.7202/015638ar>.
- Faugeron, Claude, et Michel Kokoreff. 1999. « Les pratiques sociales des drogues : éléments pour une mise en perspective des recherches en France ». *Sociétés Contemporaines* 36 (1): 5-17. <https://doi.org/10.3406/socco.1999.1727>.
- Faye, Rose André, et Alice Desclaux. 2018. « La prise en charge des consommateurs de drogues injectables à Dakar: succès et échecs de la méthadone vus par les patients et les soignants », 7.
- Faye, Rose-André, Desclaux, Alice, et Codisen, Study Group. 2018. « Acceptabilité pour les patients de l'intégration des soins pour le VIH et les hépatites au Centre de Prise en charge Intégré des Addictions de Dakar (CEPIAD) ». Présenté à Journées scientifiques sur le Sida au Sénégal, CICAD, Dakar, Sénégal.

- Faye, Rose-André, Alice Desclaux, et Groupe d'étude CODISEN. 2019. « La prise en charge des consommateurs de drogues injectables à Dakar : succès et échecs de la méthadone vus par les patients et les soignants ». In . Ouidah (Bénin): Colloque international Globalmed, Régulations, Marchés, Santé interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique.
- Faye, Sylvain Landry Birane. 2017. Comprendre de l'intérieur le fonctionnement des prisons: pour des politiques carcérales adaptées. Notes de politique du CODESRIA, No. 2 (avril 2017). Dakar, Sénégal: CODESRIA.
- Faye, Sylvain Landry Birane. 2020. « La Distanciation Sociale Au Sénégal, Un Remède Au Covid-19 Qui a Du Mal à Passer ». *The Conversation*. <http://theconversation.com/la-distanciation-sociale-au-senegal-un-remede-au-covid-19-qui-a-du-mal-a-passer-134810>.
- Fédération Addictions. 2016. « Femmes & Addictions: Accompagnement en CSAPA et CAARUD ». https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/FR_Femmes-et-addictions-2016.pdf.
- Feldman, H. W. 1968. « Ideological Supports to Becoming and Remaining a Heroin Addict ». *Journal of Health and Social Behavior* 9 (2): 131-39.
- Fortané, Nicolas. 2010. « La carrière des « addictions » ». *Genèses*, n° 78 (mai): 5-24. <https://doi.org/10.3917/gen.078.0005>.
- Fouquet, Thomas. 2007. « De la prostitution clandestine aux désirs de l'Ailleurs : une "ethnographie de l'extraversion" à Dakar ». *Politique africaine Politique africaine*.
- Fournier, Martine. 2014. *La différence des sexes est-elle culturelle ?* Editions Sciences Humaines. <https://www.cairn.info/masculin-feminin--9782361062248-page-55.htm>.
- Fournier-Plamondon, Anne-Sophie, et Jules Racine-Saint-Jacques. 2014. « (Re)Constituer la trajectoire ». *Conserveries mémorielles. Revue transdisciplinaire*, n° # 15 (mai). <http://journals.openedition.org/cm/1740>.
- Franchitto, M C, E Peyrefort, et G Tellier. s. d. « 1 Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge », 12.
- Fresia, Marion, Florence Bouillon, et Virginie Tallio. 2006. *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*.
- Frigon, Sylvie. 1989. « Femmes et héroïne : bilan des connaissances, limites et perspectives nouvelles ». *Criminologie* 22 (1): 85-109. <https://doi.org/10.7202/017275ar>.
- Gaborit, Pascaline, et Paco Abril. 2019. *Les stéréotypes de genre: identités, rôles sociaux et politiques publiques*.
- GCDP. 2012. « La guerre aux drogues face au VIH/sida : Comment la criminalisation de l'usage de drogues aggrave la pandémie mondiale ». RAPPORT DE LA COMMISSION MONDIALE POUR LA POLITIQUE DES DROGUES. https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2012/03/GCDP_HIV-AIDS_2012_FR.pdf.
- Gérome, Clément, et Michel Gandilhon. 2020. *Évolution des usages et de l'offre de drogues au temps du covid-19 : observations croisées du dispositif trend*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.30385.81765>.

- Gérome, Clément, Michel Gandilhon, Fabienne Bailly, TREND Metz, Jean-Michel Delile, Claire Duport, Sébastien Lose, Grégory Pfau, Nina Tissot, et TREND Lyon. 2020. « Usages, offre de drogues et pratiques professionnelles au temps du covid-19 : les observations croisées du dispositif trend », 15.
- Gning, Ndèye Ndiagna. 2014. « De l'inconfort ethnographique à la question de l'éthique en sciences sociales ». *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, n° 136-137 (juin): 227-52. <https://doi.org/10.4000/jda.4615>.
- Goffman, Erving. 1961. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. 1. Anchor Books ed. New York, NY: Anchor Books.
- GREa. 2018. « Sociologie des addictions | GREa - Groupement Romand d'Etudes des Addictions ». 2018. <https://www.grea.ch/sociologie-des-addictions>.
- Greenfield, Shelly F., et Christine E. Grella. 2009. « What Is “Women-Focused” Treatment for Substance Use Disorders? » *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 60 (7): 880-82. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.880>.
- Grella, Christine E. 2008. « From Generic to Gender-Responsive Treatment: Changes in Social Policies, Treatment Services, and Outcomes of Women in Substance Abuse Treatment ». *Journal of Psychoactive Drugs* 40 (sup5): 327-43. <https://doi.org/10.1080/02791072.2008.10400661>.
- Grenier-Torres, Chrystelle. 2009. *Expériences de femmes ivoiriennes au cœur de l'épidémie de sida*. Etudes africaines. Paris: L'Harmattan.
- Gueta, Keren. 2017. « A Qualitative Study of Barriers and Facilitators in Treating Drug Use among Israeli Mothers: An Intersectional Perspective ». *Social Science & Medicine (1982)* 187 (août): 155-63. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.031>.
- Gueye, Momar, et Mohamed Omais. 1983. « Tentative pour une approche socio-culturelle de l'usage abusif de “drogues” au Senegal ». *Psychopathologie africaine* 19 (2): 141-92. <https://www.africabib.org/rec.php?RID=18526607X>.
- Guichard, Anne, France Lert, et Alain Dru. 2002. « Tensions sociales et usages de drogues ». *Psychotropes* Vol. 8 (1): 43-63. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2002-1-page-43.htm>.
- Hammarlund, R, KA Crapanzano, L Luce, L Mulligan, et KM Ward. 2018. « Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug- and alcohol-use disorders ». *Substance Abuse and Rehabilitation* 9 (novembre): 115-36. <https://doi.org/10.2147/SAR.S183256>.
- Hautefeuille, Michel. 2013. « Toxicomanie au féminin : quelques particularités ». *Psychotropes* 2013/3 (19): 5-8. <https://doi.org/10.3917/psyt.193.0005>.
- HCDH, et AJS. 2015. « Rapport sur la situation des droits des femmes dans les lieux de détention au senegal ». Sénégal.
- Héritier, Françoise. 1996. *Masculin/féminin. 1: La pensée de la différence*. Paris: Ed. Jacob.
- . 2002. *Masculin/Féminin 2: Dissoudre la hiérarchie*. Masculin/féminin, Françoise Héritier ; 2. Paris: Odile Jacob.
- Herzlich, Claudine, et Janine Pierret. 2010. « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) ». *Revue française de*

- sociologie* Vol. 51 (1): 121-48. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-1-2010-1-page-121.htm>.
- Hoareau, Emmanuelle. 2012. « Un usage féminin des substances ? » *Le sociographe* n° 39 (3): 17-26. <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2012-3-page-17.htm>.
- Horton, Richard. 2020. « Offline: COVID-19 is not a pandemic ». *Lancet (London, England)* 396 (10255): 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6).
- HRI. 2018. « Global State of Harm Reduction 2018 ». Harm Reduction International. 2018. <https://www.hri.global/global-state-harm-reduction-2018>.
- Hudelson, P. 2002. « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? » *Revue Médicale Suisse*. 2002. <https://www.revmed.ch/RMS/2002/RMS-2407/22444>.
- IDPC. 2016. « Drug Policies in Africa: What Is the “health-Based” Approach? » <https://idpc.net/publications/2016/02/drug-policies-in-africa-what-is-the-health-based-approach>.
- Inserm. 2010. « Réduction des risques adaptée aux femmes ».
- INWUD, et INPUD. 2016. « Bringing State Commitments to Gender Equality into Action | INPUD ». <https://www.inpud.net/en/bringing-state-commitments-gender-equality-action>.
- Isidore S, Obot. 2016. « La consommation de drogues et ses effets sur les jeunes en Afrique de l'ouest ». <http://www.osiwa.org/wp-content/uploads/2016/06/La-consomation-de-drogues-et-ses-effets-sur-les-jeunes-en-afrique-de-L'Ouest.pdf>.
- Ito, Seiro, Aurélia Lépine, et Carole Treibich. 2018. « The effect of sex work regulation on health and well-being of sex workers: Evidence from Senegal ». *Health Economics* 27 (11-November): 1627-52. <https://doi.org/10.1002/hec.3791>.
- Iwelunmor, Juliet, Sarah Blackstone, Dorice Veira, Ucheoma Nwaozuru, Collins Airhihenbuwa, Davison Munodawafa, Ezekiel Kalipeni, Antar Jutal, Donna Shelley, et Gbenga Ogedegbe. 2016. « Toward the sustainability of health interventions implemented in sub-Saharan Africa: a systematic review and conceptual framework ». *Implementation Science* 11 (1): 43. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0392-8>.
- Jacques, Jean-Pierre, et Christian Figel. 2008. *Drogues et substitution: traitements et prise en charge du sujet*.
- Jauffret-Roustide, Marie. 2009. « Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux ». *La revue lacanienne* n° 5 (3): 109-18. <https://www.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2009-3-page-109.htm>.
- . 2010. « Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire ». *Pensée plurielle* n° 23 (1): 93. <https://doi.org/10.3917/pp.023.0093>.
- . 2014. « Les inégalités sociales dans le champ des addictions ». *Les Tribunes de la sante* n° 43 (2): 61-68. <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2014-2-page-61.htm>.
- Jauffret-Roustide, Marie, Lila Oudaya, Marc Rondy, Yao Kudawu, Yann Le Strat, Elisabeth Couturier, Julien Emmanuelli, et Jean-Claude Desenclos. 2008. « Trajectoires de vie et

- prises de risques chez les femmes usagères de drogues ». *médecine/sciences* 24 (mars): 111-21. <https://doi.org/10.1051/medsci/2008242s111>.
- Jauffret-Roustide, Marie, Lila Oudaya, Marc Rondy, Yann Le Strat, Elisabeth Couturier, Chantal Mougin, Julien Emmanuelli, et Jean-Claude Desenclos. 2009. « Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007, France ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire - BEH*, n° 10-11 (mars): 96-99. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00475690>.
- Jaunait, Alexandre, et Sébastien Chauvin. 2013. « INTERSECTIONNALITÉ ». <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01344340/document>.
- Jolivet, Violaine. 2007. « La notion de trajectoire en géographie, une clé pour analyser les mobilités ?. Regard croisé sur des trajectoires caribéennes ». *EchoGéo*, n° 2 (septembre). <https://doi.org/10.4000/echogeo.1704>.
- Ken Bugul. 1996. *Le baobab fou*. Vies africaines. Dakar: Nouvelles Editions africaines.
- Kensy, J., C. Stengel, M. Nougier, et R. Birgin. 2012. *Drug policy and women: Addressing the negative consequences of harmful drug control = Les politiques des drogues et les femmes : Confronter les conséquences négatives des politiques de contrôle des drogues*. Briefing Paper. London: International Drug Policy Consortium (IDPC). <http://idpc.net/fr/publications/2012/11/les-politiques-des-drogues-et-les-femmes>.
- Kurth, Ann E., Peter Cherutich, Rosabelle Conover, Nok Chhun, R. Douglas Bruce, et Barrot H. Lambdin. 2018. « The Opioid Epidemic in Africa And Its Impact ». *Current addiction reports* 5 (4): 428-53. <https://doi.org/10.1007/s40429-018-0232-9>.
- Laires, Pedro Almeida, Sónia Dias, Ana Gama, Marta Moniz, Ana R. Pedro, Patricia Soares, Pedro Aguiar, et Carla Nunes. 2021. « The Association Between Chronic Disease and Serious COVID-19 Outcomes and Its Influence on Risk Perception: Survey Study and Database Analysis ». *JMIR Public Health and Surveillance* 7 (1): e22794. <https://doi.org/10.2196/22794>.
- Lal, Rakesh, Koushik Sinha Deb, et Swati Kedia. 2015. « Substance use in women: Current status and future directions ». *Indian Journal of Psychiatry* 57 (Suppl 2): S275-85. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161491>.
- Lambdin, Barrot H., R. Douglas Bruce, Olivia Chang, Cassian Nyandindi, Norman Sabuni, Sophia Zamudio-Haas, Sheryl McCurdy, et al. 2013. « Identifying Programmatic Gaps: Inequities in Harm Reduction Service Utilization among Male and Female Drug Users in Dar Es Salaam, Tanzania ». *PloS One* 8 (6): e67062. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067062>.
- Langer, Ana, Afaf Meleis, Felicia M. Knaul, Rifat Atun, Meltem Aran, Héctor Arreola-Ornelas, Zulfiqar A. Bhutta, et al. 2015. « Women and Health: The Key for Sustainable Development ». *The Lancet* 386 (9999): 1165-1210. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60497-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60497-4).
- Laqueille, Xavier, et K. Liot. 2009. « Addictions : définitions et principes thérapeutiques ». *L'information psychiatrique* Volume 85 (7): 611-20. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-7-page-611.htm>.
- Lassmann, Mélodie. 2015a. « 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 ». In .

- . 2015b. « Evaluation 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, Bordeaux: UNIVERSITE DE BORDEAUX: U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES.
- Lazuardi, Elan, Heather Worth, Antonia Morita Iswari Saktiawati, Catherine Spooner, Retna Padmawati, et Yanri Subronto. 2012. « Boyfriends and injecting: the role of intimate male partners in the life of women who inject drugs in Central Java ». *Culture, Health & Sexuality* 14 (5): 491-503. <https://doi.org/10.1080/13691058.2012.671960>.
- Le monde. 2019. « Du « tabac » dans le sexe : au Sénégal, une pratique dangereuse pour les femmes ». *Le Monde.fr*, 2 juin 2019. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2019/06/02/du-tabac-dans-le-sexe-au-senegal-une-pratique-dangereuse-pour-les-femmes_5470502_3212.html.
- Le Monde.fr*. 2019. « Sénégal : plus de 1 tonne de cocaïne saisie à Dakar en une semaine », 1 juillet 2019. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2019/07/01/senegal-plus-de-1-tonne-de-cocaine-saisie-a-dakar-en-une-semaine_5483833_3212.html.
- Lebaron, Frédéric. 2014. *Les 300 mots de la sociologie*. Dunod. Paris: Dunod.
- Lépinard, Éléonore. 2015. « Praxis de l'intersectionnalité : répertoires des pratiques féministes en France et au Canada ». *L'Homme la Societe* n° 198 (4): 149-70. <https://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2015-4-page-149.htm>.
- Leprêtre, Annie, Idrissa Ba, Karine Lacombe, Maryvonne Maynard, Abdalla Toufik, Ousseynou Ndiaye, Coumba Toure Kane, et al. 2015. « Prevalence and behavioural risks for HIV and HCV infections in a population of drug users of Dakar, Senegal: the ANRS 12243 UDSSEN study ». *Journal of the International AIDS Society* 18 (1). <https://doi.org/10.7448/IAS.18.1.19888>.
- Lequotidien. 2020. « Affaire Hiba Thiam : Dame Amar et Cie sous mandat de dépôt | Lequotidien Journal d'informations Générales ». 2020. <https://www.lequotidien.sn/affaire-hiba-thiam-dame-amar-et-cie-sous-mandat-de-depot/>.
- « Les Conventions Internationales Relatives Au Controle Des Drogues ». s. d., 132.
- Levené, Thérèse, et Frédérique Bros. 2011. « Trajectoires professionnelles et rapports à la formation d'adultes et jeunes adultes en parcours d'insertion ». *Savoirs* n° 26 (2): 85-108. <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2011-2-page-85.htm>.
- Locoh, Thérèse. 2007. *Genre et sociétés en Afrique: implications pour le développement*. INED.
- LOI-LATIF-GUEYE-N°-200731. s. d. « LOI-LATIF-GUEYE-N°-200731-DU-27-DECEMBRE-2007. » Consulté le 18 mai 2021. <http://www.cild.gouv.sn/wp-content/uploads/2016/05/LOI-LATIF-GUEYE-N%C2%B0-200731-DU-27-DECEMBRE-2007.pdf>.
- Lokot, Michelle, et Yeva Avakyan. 2020. « Intersectionality as a lens to the COVID-19 pandemic: implications for sexual and reproductive health in development and humanitarian contexts ». *Sexual and Reproductive Health Matters* 28 (1): 1764748. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1764748>.
- Loue, Sana. 1999. *Gender, Ethnicity, and Health Research*. New York: Kluwer Acad. [u.a.].

- Ly, Boubakar, Georges Balandier, Université de Paris (1896-1968), et Faculté des lettres. 1966. « L'honneur et les valeurs morales dans les sociétés Ouolof et Toucouleur du Sénégal: étude de sociologie ».
- MacArthur, Georgina J., Eva van Velzen, Norah Palmateer, Jo Kimber, Anastasia Pharris, Vivian Hope, Avril Taylor, et al. 2014. « Interventions to Prevent HIV and Hepatitis C in People Who Inject Drugs: A Review of Reviews to Assess Evidence of Effectiveness ». *International Journal of Drug Policy* 25 (1): 34-52. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.07.001>.
- Maestracci, Nicole. 2005. *Les drogues*. Paris: Presses universitaires de France. <http://www.cairn.info/les-drogues--9782130533740.htm>.
- Magen Carine. 2019. « Pour quelle réduction des risques en Afrique et ailleurs ? » Observatoire de la santé mondiale – global health. <https://www.iris-france.org/wp-content/uploads/2019/07/Obs-sante%CC%81-Afrique.pdf>.
- Magen, Carine. 2019. « Pour quelle réduction des risques en Afrique et ailleurs? » IRIS. *Observatoire de la santé mondiale* (blog). juillet 2019. <https://www.iris-france.org/>.
- Maiga, Djibo Douma, Houdou Seyni, Ali Ousmane Moussa, et Amadou Sidikou. 2012. « Mesusage Du Tramadol Par Les Adolescents et Jeunes Adultes En Situation de Rue ». *The Pan African Medical Journal* 13 (55). <https://doi.org/10.11604/pamj.2012.13.55.1881>.
- Marcis, Frédéric Le, et Sylvain Landry Birane Faye. 2019. « Pour une économie de la valeur en prison ». *Politique africaine* n° 155 (3): 55-81. <https://www.cairn.info/revue-politique-africaine-2019-3-page-55.htm>.
- Martin, Fiona Susan. 2010. « Becoming vulnerable: Young women's accounts of initiation to injecting drug use ». *Addiction Research & Theory* 18 (5): 511-27. <https://doi.org/10.3109/16066351003611653>.
- Martiniello, Marco, et Patrick Simon. 2005. « Les enjeux de la catégorisation. Rapports de domination et luttes autour de la représentation dans les sociétés post-migratoires ». *Revue européenne des migrations internationales* 21 (vol. 21-n°2): 7-18. <https://doi.org/10.4000/remi.2484>.
- Marzo, Pietro, et Muriel Gomez-Perez. 2020. « Faire du terrain au Moyen-Orient et en Afrique : stratégies d'approche et défis de positionnement du chercheur ». *Recherches qualitatives* 39 (1): 1-20. <https://doi.org/10.7202/1070013ar>.
- Massé, Raymond. 1995. *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal: G. Morin.
- Mbassa Menick, Daniel. 2000. « Les Contours Psychosociaux de l'infanticide En Afrique Noire: Le Cas Du Sénégal ». *Child Abuse & Neglect* 24 (12): 1557-65. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00209-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00209-X).
- Mbow, Penda, éd. 2005. *Hommes et Femmes Entre Sphères Publique et Privée*. Série Sur Le Genre Du Codesria 5. Dakar: Codesria.
- Mburu, Gitau, Sylvia Ayon, Alexander C. Tsai, James Ndimbii, Bangyuan Wang, Steffanie Strathdee, et Janet Seeley. 2018. « “Who Has Ever Loved a Drug Addict? It's a Lie. They Think a ‘Teja’ Is as Bad Person”: Multiple Stigmas Faced by Women Who Inject Drugs in Coastal Kenya ». *Harm Reduction Journal* 15 (1): 29. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0235-9>.

- Mburu, Gitau, Mark Limmer, et Paula Holland. 2019. « Role of Boyfriends and Intimate Sexual Partners in the Initiation and Maintenance of Injecting Drug Use among Women in Coastal Kenya ». *Addictive Behaviors* 93 (juin): 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.013>.
- Méjias, Jane. 2014. *Genre et société*. Levallois-Perret: Bréal.
- Membrado, Monique. 2006. « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation ». *Nouvelles Questions Feministes* Vol. 25 (2): 16-31. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2006-2-page-16.htm>.
- Mendrek, Adrianna. 2014a. « Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de toxicomanie ? » *Santé mentale au Québec* 39 (2): 57. <https://doi.org/10.7202/1027832ar>.
- . 2014b. « Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de toxicomanie ? » *Santé mentale au Québec* 39 (2): 57. <https://doi.org/10.7202/1027832ar>.
- Michel, Laurent. 2017. « La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de drogues illicites ? » *Alcoologie et Addictologie* 39 (1): 42-56. <http://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/656>.
- Mollet, Emmanuelle. 2003. « Réflexion sur le milieu festif et clandestin des « raves-parties », au travers de deux populations caractéristiques en France et à Détroit, aux États-Unis ». *Psychotropes* Vol. 9 (3): 135-51. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2003-3-page-135.html>.
- Monjaret, Anne, et Catherine Pugeault, éd. 2015. « Rapports de sexe, rapports politiques, rapports moraux : trois dimensions de l'interaction en enquête qualitative ». In *Le sexe de l'enquête : Approches sociologiques et anthropologiques*. Sociétés, Espaces, Temps. Lyon: ENS Éditions. <http://books.openedition.org/enseditions/3991>.
- Morelle, Marie, Frédéric Le Marcis, et Sylvain Landry Faye. 2020. « [Tribune] Penser la prison à l'heure de la pandémie de Coronavirus en Afrique », avril. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02555841>.
- Mutatayi, Carine. 2019. « Résultats de l'enquête Ad-femina - Tendances 130 - mars 2019 - OFDT ». <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/resultats-de-lenquete-ad-femina-tendances-130-mars-2019/>.
- Myers, Bronwyn, Tara Carney, et Wendee M. Wechsberg. 2016a. « “Not on the Agenda”: A Qualitative Study of Influences on Health Services Use among Poor Young Women Who Use Drugs in Cape Town, South Africa ». *International Journal of Drug Policy* 30 (avril): 52-58. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.019>.
- . 2016b. « “Not on the agenda”: A qualitative study of influences on health services use among poor young women who use drugs in Cape Town, South Africa ». *The International journal on drug policy* 30 (avril): 52-58. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.019>.
- Nadeau, Louise. 1979. « Les femmes et leurs habitudes de consommation de drogues ». *Santé mentale au Québec* 4 (2): 104-18. <https://doi.org/10.7202/030059ar>.
- Ndao, Papa Alioune. 2009. « Alcool et Nomination Dans l'espace Interculturel Sénégalais ». *Annales de La Faculté Des Lettres et Sciences Humaines*, n° 39: 114-36. <https://www.africabib.org/rec.php?RID=341593486>.

- NDARC. 2010. « Women who inject drugs: A review of their risks, experiences and needs | NDARC - National Drug and Alcohol Research Centre ». <https://ndarc.med.unsw.edu.au/resource/women-who-inject-drugs-review-their-risks-experiences-and-needs>.
- Ndiaye, Lamine. 2007. « L' eau maudite des « derniers » de la société : alcool et représentations sociales chez les wolof du sénégal », 14.
- Ndione, Albert Gautier. 2017. « Le traitement des usagers de drogues au Sénégal. La médicalisation d'une déviance sociale. » Thèse de Doctorat en Anthropologie, Dakar, Sénégal: Université Cheikh Anta Diop.
- . 2018. « Les associations d'usagers de drogues injectables au Sénégal: d'une participation sous tutelle à un projet autonome ». In *Se mobiliser contre le sida en Afrique sous la santé globale. Les luttes associatives*, L'Harmattan. Anthropologie et médecine. Paris.
- Ndione, Albert Gautier, et Alice Desclaux. 2018. « Political and medical difficulties and ambiguities of methadone substitution treatment in Senegal ». Présenté à Colloque international Globalmed, Régulations, Marchés, Santé interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique, Ouidah (Bénin).
- . 2021. « Devenir clean. Voies et formes de la guérison de l'addiction chez les consommateurs d'héroïne et de cocaïne au Sénégal ». In *Guérir en Afrique. Promesses et transformations*, par Alice Desclaux, Aïssa Diarra, et Sandrine Musso, 233-54. Paris: L'Harmattan.
- Ndione, Albert Gautier, Alice Desclaux, Idrissa Ba, Khoudia Sow, Mbissane Ngom, et Mohamet Diop. 2020. « Usagers de drogues et Covid-19: Comment réduire la surpopulation carcérale en Afrique de l'Ouest? », 19 juillet 2020. <https://theconversation.com/usagers-de-drogues-et-covid-19-comment-reduire-la-surpopulation-carcerale-en-afrique-de-louest-142404>.
- Neff, Maïa. 2018. « Usages de drogues au féminin et production du savoir académique ». *Deviance et Société* Vol. 42 (3): 569-95. <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2018-3-page-569.htm>.
- Ngom, Mbissane. 2018. « Quelle politique criminelle de la consommation de drogues ». Présenté à Les droits humains et les politiques de lutte contre la drogue en Afrique francophone, Saint-Louis, Sénégal.
- Nouvelles de Dakar.com. 2018. « Drogues : le Sénégal, zone de trafic, de consommation et de production (1/2) ». Nouvelles de Dakar. 2018. <http://nouvellesdedakar.com/drogues-le-senegal-zone-de-traffic-de-consommation-et-de-production-1-2/>.
- Odejide, A. O. 2006. « Status of Drug Use/Abuse in Africa: A Review ». *International Journal of Mental Health and Addiction* 4 (2): 87-102. <https://doi.org/10.1007/s11469-006-9015-y>.
- Odier, Nicolas. 2014. « Apports des sciences sociales à la compréhension des addictions : un enjeu de santé publique ? » Recherche Clinique et Santé Publique, France: LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE.
- O'Hagan, Andrew, et Marnie Wilson. 2018. « Women and Substance Abuse: Gender-Specific Social, Biological and Psychological Differences and Treatment Considerations ». *Forensic Research & Criminology International Journal* Volume 6 (Issue 2). <https://doi.org/10.15406/frcij.2018.06.00189>.

- OICS. 2016. « Rapport de l'organe international du contrôle des stupéfiants pour 2016/Chapitre 1: les femmes et les drogues ». https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/French/AR_2016_F_ChapterI.pdf.
- . 2020. « Rapport annuel 2020 de l'OICS & Rapport spécial sur l'anniversaire des conventions sur les drogues de 1961 et 1971 ». Publication des Nations Unies. OICS. <https://idpc.net/fr/publications/2021/03/rapport-annuel-2020-de-l-oics-rapport-special-sur-l-anniversaire-des-conventions-sur-les-drogues-de-1961-et-1971>.
- Olivenstein. 1984. *La Drogue ou la vie*. Paris: France loisirs.
- Olivet, Fabrice, Samuel Roberts, Jean-Maxence Granier, Virgil Blanc, et Marie Jauffret-Roustide. 2017. « Guerre à la drogue, guerre raciale ? » *Esprit* Février (2): 85-93. <https://www.cairn.info/revue-esprit-2017-2-page-85.htm>.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre, Aïssa Diarra, et Mahaman Moha. 2017. « Travelling Models and the Challenge of Pragmatic Contexts and Practical Norms: The Case of Maternal Health ». *Health Research Policy and Systems* 15 (S1): 60. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0213-9>.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre Olivier de. 1995. *Anthropologie et Développement : Essai en socio-anthropologie du changement social*. Karthala.
- ONUDC. 2005. *Traitement et suivi des femmes pour abus de substances: études de cas et enseignements*. New York; Vienne: Nations Unies ; L'Office.
- . 2017. « Sahel and beyond: UNODC sounds the alarm on the increase in trafficking and consumption of tramadol and its security and health implications ». https://www.unodc.org/documents/westandcentralafrica/2017.11.30._Press_Release_tramadol_REVISED.pdf.
- . 2018. « Rapport mondial sur les drogues de 2018 ». <https://www.unodc.org/wdr2018/index.html>.
- . 2020. « Rapport mondial sur les drogues 2020 ». <https://idpc.net/fr/publications/2020/07/rapport-mondial-sur-les-drogues-2020>.
- ONUDC 2014. s. d. « Policy Brief—Women Who Inject Drugs and HIV: Addressing Specific Needs », 12. Consulté le 5 décembre 2019. https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN_POLICY_BRIEF2014.pdf.
- Ouattara, Fatoumata. 2004. « Une étrange familiarité. Les exigences de l'anthropologie « chez soi » ». *Cahiers d'études africaines* 44 (175): 635-57. <https://doi.org/10.4000/etudesaficaines.4765>.
- Ouattara, Fatoumata, Marc-Eric Gruénais, Charlemagne Ouédraogo, et Fabienne Richard. 2016. *Accompagner les femmes à la maternité au Burkina Faso: Anthropologie Et Santé Publique Dans Un Projet D'amélioration Des Soins Obstétricaux*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Ouattara, Fatoumata, et Katerini Storeng. 2008. « L'enchaînement de la violence familiale et conjugale. Les grossesses hors mariage et ruptures du lien social au Burkina Faso ». *Bulletin de l'APAD*, n° 27-28 (avril). <https://doi.org/10.4000/apad.3003>.
- OXFAM. 2020. « Covid-19 : la solidarité n'a pas de frontière ». Oxfam-Solidarité. 2020. <https://www.oxfamsol.be/fr/covid-19-la-solidarite-na-pas-de-frontiere>.

- Ozili, Peterson. 2020. « COVID-19 in Africa: socio-economic impact, policy response and opportunities ». *International Journal of Sociology and Social Policy* ahead-of-print (ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/IJSSP-05-2020-0171>.
- Palomares, Elise, et Armelle Testenoire. 2010. *Prismes féministes: qu'est-ce que l'intersectionnalité?* L'homme et la société, 176/177 = 2010,2/3. Paris: L' Harmattan.
- PARECO. 2019. « PARECO, rapport de cartographie consolidée ». IRESSEF, ANCS.
- Percival, Valerie, Esther Dusabe-Richards, Haja Wurie, Justine Namakula, Sarah Ssali, et Sally Theobald. 2018. « Are health systems interventions gender blind? examining health system reconstruction in conflict affected states ». *Globalization and Health* 14 (1): 90. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0401-6>.
- Perras, Chantal. 2016. « Les drogues et le continent africain dans le contexte de la mondialisation ». *Drogues, santé et société* 15 (1): 50. <https://doi.org/10.7202/1037783ar>.
- Petersen Williams, Petal, Esmé Jordaan, Catherine Mathews, Carl Lombard, et Charles D. H. Parry. 2014. « Alcohol and Other Drug Use during Pregnancy among Women Attending Midwife Obstetric Units in the Cape Metropole, South Africa ». Research Article. *Advances in Preventive Medicine*. 3 février 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/871427>.
- Pollien, Alexandre. 2008. « Dépendance et liens sociaux ». Rapport de recherche établi par l'Association du Relais. http://www.relais.ch/wp-content/uploads/Dependance_liens_sociaux.pdf.
- Pourette, Dolorès. 2011. « Trajectoires reproductives et significations de la maternité chez des femmes vivant avec le VIH en Guadeloupe et en Martinique ». *Sciences sociales et sante* Vol. 29 (2): 83-107. <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2011-2-page-83.htm>.
- Pryen, Stéphanie. 1999. « Usage de drogues et prostitution de rue. Instrumentalisation d'un stygmate pour la légitimation d'une pratique indigne ». *Sociétés Contemporaines* 36 (1): 33-51. <https://doi.org/10.3406/socco.1999.1729>.
- Rafaeli, Tal, et Geraldine Hutchinson. 2020. « The Secondary Impacts of COVID-19 on Women and Girls in Sub-Saharan Africa », juin. <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/15408>.
- Raguin, Gilles, Annie Lepretre, Idrissa Ba, Ibrahim Ndoeye, Abdalla Toufik, Gilles Brucker, et Pierre-Marie Girard. 2011. « Drug Use and HIV in West Africa: A Neglected Epidemic ». *Tropical Medicine & International Health* 16 (9): 1131-33. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02806.x>.
- Rhodes, Tim, Andy Guise, James Ndimbii, Steffanie Strathdee, Elizabeth Ngugi, Lucy Platt, Ann Kurth, Charles Cleland, et Peter Vickerman. 2015. « 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. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007198>.
- Rhodes, Tim, Jake Rance, Suzanne Fraser, et Carla Treloar. 2017. « The Intimate Relationship as a Site of Social Protection: Partnerships between People Who Inject Drugs ». *Social Science & Medicine* 180 (mai): 125-34. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.012>.

- Rhodes, Tim, et Abdool Reychad. 2016. « Drug harms and drug policies in Sub-Saharan Africa: Implementation science and HIV epidemics ». *International Journal of Drug Policy* 30: 1-6. [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(16\)30057-3/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(16)30057-3/abstract).
- Richard, Denis, Bernard Kouchner, et Jean-Louis Senon. 2001. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Paris: Larousse.
- Ricœur, Paul, David Pellauer, et Kathleen Blamey. 1988. *Time and Narrative. Vol. 3*.
- Robette, Nicolas. 2011. *Explorer et décrire les parcours de vie: les typologies de trajectoires*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01016125>.
- Rodriguez, Gisela Hansen. 2019. « La perspective de genre dans les programmes et services de toxicomanie ». *dianova*. <https://www.dianova.org/wp-content/uploads/2019/12/201911-la-perspectiva-de-genero-en-los-programas-Giseal-Rodriguez-Hansen-FR.pdf>.
- Room, Robin. 2005. « Stigma, Social Inequality and Alcohol and Drug Use ». *Drug and Alcohol Review* 24 (2): 143-55. <https://doi.org/10.1080/09595230500102434>.
- Rosenblum, Ouriel. 2009. « Le féminin maternel chez les femmes toxicomanes sous substitution ». *Dialogue* n° 184 (2): 115-29. <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2009-2-page-115.htm>.
- Rouleau, Katherine D. 2020. « Le concept de syndémie ». Université de Toronto. https://www.bibliothequeduchum.ca/projets/tc/activites%20scientifiques/2020/20201111_PPT_Dre%20Rouleau.pdf.
- Saïet, Mathilde. 2019. *Les addictions*. Que sais-je? Presses Universitaires de France.
- Saillant, Francine, et Manon Boulianne. 2003. *Transformations sociales, genre et santé perspectives critiques et comparatives*. Sainte-Foy; Paris: Presses de l'Université Laval : L'Harmattan. <http://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782763714042>.
- Saint-Lary-Maïga, Maud. 2008. « Bouillon, Florence, Frésia, Marion & Tallio, Virginie (dir.). – Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie ». *Cahiers d'études africaines* 48 (191): 614-16. <http://journals.openedition.org/etudesafricaines/13312>.
- Sakoyan, Juliette. 2006. « Bouillon F., Fresia M., Tallio V. (dir.), Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie ». *Bulletin Amades. Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé*, n° 68 (décembre). <http://journals.openedition.org/amades/353>.
- Sayag, Lionel. 2016. « Addictions ici & ailleurs. Compagnonnage de l'équipe d'outreach de Dakar ». RESPADD.
- seneweb. 2015. « Décès du jeune mannequin Maty Mbodj ». 2015. https://www.seneweb.com/news/Necrologie/deces-du-jeune-mannequin-maty-mbodj_n_160151.html.
- Shirley-Beavan, Sam, Aura Roig, Naomi Burke-Shyne, Colleen Daniels, et Robert Csak. 2020. « Women and barriers to harm reduction services: a literature review and initial findings from a qualitative study in Barcelona, Spain ». *Harm Reduction Journal* 17 (1): 78. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00429-5>.
- Simmat-Durand, Laurence. 2002. « Grossesse et drogues illicites ». *Déviance et Société* 26 (1): 105-26. <https://doi.org/10.3917/ds.261.0105>.

- . 2007. « La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions ». *Deviance et Societe* Vol. 31 (3): 305-30. <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2007-3-page-305.htm>.
- . 2009a. « Devenir mère en situation d'addiction... : quelle trajectoire ? » *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* n° 77 (3): 65-70. <https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2009-3-page-65.htm>.
- . 2009b. « Femmes et addictions dans la littérature internationale: sexe, genre et risques ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 10-11: 86–89.
- Simmat-Durand, Laurence, Natacha Vellut, Marie Jauffret-Roustide, Laurent Michel, Sarra Mougel, Claude Lejeune, et Maëlle Planche. 2013a. « Trajectoires de femmes en sortie des addictions : quelle place pour les grossesses ? » *Psychotropes* Vol. 19 (3): 35-60. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2013-3-page-35.htm>.
- . 2013b. « Trajectoires de femmes en sortie des addictions : quelle place pour les grossesses ? » *Psychotropes* 19 (3): 35-60. <https://doi.org/10.3917/psyt.193.0035>.
- Sindzingre, Alice. 2001. « Economie illégale et drogues en Afrique sub-saharienne : crédibilité des Etats et réformes économiques ». *CEMOTI, Cahiers d'Études sur la Méditerranée Orientale et le monde Turco-Iranien* 32 (1): 117-38. <https://doi.org/10.3406/cemot.2001.1601>.
- Singer, Merrill. 2000. « A Dose of Drugs, a Touch of Violence, a Case of Aids: Conceptualizing the Sava Syndemic ». *Free Inquiry in Creative Sociology* 28 (1): 13-24. <http://ojs.library.okstate.edu/osu/index.php/FICS/article/view/6986>.
- . 2009. *Introduction to Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health*. 1^{re} éd. San Francisco: Wiley & Sons. <http://gen.lib.rus.ec/book/index.php?md5=9a681cb28d22e8c783aa2a6b5b2c5654>.
- . 2012. « Anthropology and Addiction: An Historical Review ». *Addiction* 107 (10): 1747-55. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03879.x>.
- Singer, Merrill, et Barbara Rylko-Bauer. 2021. « The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis ». *Open Anthropological Research* 1 (1): 7-32. <https://doi.org/10.1515/opan-2020-0100>.
- Singer, Merril, éd. 2018. *A companion to the anthropology of environmental health*. Enhanced Credo edition. Wiley Blackwell. <http://gen.lib.rus.ec/book/index.php?md5=A331DC34D12C96762098BAC95AB430D2>.
- Soulet, Marc-Henry. 2002. *Gérer sa consommation: drogues dures et enjeu de conventionnalité*. Saint-Paul.
- Sourget Cecchella, Marie. 2019. « Etat des lieux du suivi gynécologique des femmes rencontrées dans les CSAPA (Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et les CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues) en Gironde ». Exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier. <http://thesesante.ups-tlse.fr/2667/>.
- Stengel, Camille May, Famara Mane, Andrew Guise, Magath Pouye, Monika Sigrist, et Tim Rhodes. 2018. « “They accept me, because I was one of them”: formative qualitative research supporting the feasibility of peer-led outreach for people who use drugs in

- Dakar, Senegal ». *Harm Reduction Journal* 15 (février): 9. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0214-1>.
- Stone, Elizabeth. 2018. « Is There “Hope for Every Addicted American”? The New U.S. War on Drugs ». *Social Sciences* 7 (1): 3. <https://doi.org/10.3390/socsci7010003>.
- Strang, J., P. Griffiths, et M. Gossop. 1997. « Heroin Smoking by “Chasing the Dragon”: Origins and History ». *Addiction (Abingdon, England)* 92 (6): 673-83; discussion 685-695. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1997.9266734.x>.
- Théry, Irène. 2007. *La distinction de sexe*. Odile jacob.
- Tine, Benoit. 2008. *La Toxicomanie. Etude sociologique d'une forme de déviance au Sénégal*. Saint-Denis: Publibook.com.
- Tine, Philomène Coumba. 2020. « La vulnérabilité des femmes au Sénégal lors de la pandémie de Covid-19 ». BCA-WA-ETHICS. 2020. <https://fr.bcawaethics.com/post/la-vulnérabilité-des-femmes-au-sénégal-lors-de-la-pandémie-de-covid-19>.
- Tisseron, Antonin. 2017. « Tramadol, médicament et drogue du pauvre en Afrique de l'Ouest et au Sahel ». *L'Afrique en questions*, n° 39. <https://www.ifri.org/fr/publications/editoriaux-de-lifri/lafrique-questions/tramadol-medicament-droque-pauvre-afrique-de>.
- Toh, W. Q., C. Treibich, S. Szawlowski, H. Cust, E. H. A. Mbaye, K. Gueye, C. T. Ndour, et A. Lépine. 2020. « How COVID-19 Impacted Risky Sexual Behaviours of Female Sex Workers in Senegal and Its Wider Implications: Evidence from a Cohort Study ». Working / discussion paper. UCL Institute for Global Health: London, UK. 28 octobre 2020. <https://www.ucl.ac.uk/global-health/>.
- Torres-Leguizamon, Magally, Emmanuel G. Reynaud, Thomas Néfau, et Catherine Duplessy. 2020. « La réduction des risques à distance : un programme adapté et efficace pour faire face à la pandémie de Covid-19 ». *Psychotropes* Vol. 26 (2): 123-37. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2020-2-page-123.htm>.
- Touzeau, Didier, et Pascal Courty. 2012. « Opiacés, réduction des risques et polyconsommation ». *La Presse Médicale*, Addictions, 41 (12, Part 1): 1192-1200. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.07.038>.
- Trilles, Thierry, et Barbara Thiandoum. 2003. « La drogue dans la fête ». *Psychotropes* Vol. 9 (3): 95-103. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2003-3-page-95.htm>.
- Trouessin, Mélanie. 2016. « *L'addiction à la croisée entre dimensions morale et médicale* ».
- Valencia, Jorge, Alejandro Alvaro-Meca, Jesús Troya, Jorge Gutiérrez, Cristina Ramón, Antonio Rodríguez, Sonia Vázquez-Morón, Salvador Resino, Santiago Moreno, et Pablo Ryan. 2020. « Gender-Based Vulnerability in Women Who Inject Drugs in a Harm Reduction Setting ». *PLOS ONE* 15 (3): e0230886. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230886>.
- Vandermeersch, Céline. 2000. « Les enfants confiés au Sénégal ». Thèse de doctorat, Paris, Institut d'études politiques. <https://www.theses.fr/2000IEPP0007>.
- Vavassori, David, Sonia Harrati, et Anne-Marie Favard. 2003. « Le processus de sortie de la toxicomanie : l'attrition ». *Psychotropes* Vol. 9 (2): 83-101. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2003-2-page-83.htm>.

- Velazquez, Miguel. 2020. « Les usagers de drogues durant le confinement dû à la pandémie de Covid-19 : la vision d'ASUD ». *Psychotropes* Vol. 26 (2): 95-103. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2020-2-page-95.htm>.
- Vereinte Nationen, et Büro für Drogenkontrolle und Verbrechensbekämpfung. 2018. *World Drug Report 2018*.
- WACD. 2014. « Pas seulement une zone de transit, Drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest ». http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/02/WACD_Fr_Report_WEB_051114.pdf.
- . 2016a. « The Negative Impact of Drug Control on Public Health: The Global Crisis of Avoidable Pain ». <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-negative-impact-of-drug-control-on-public-health-the-global-crisis-of-avoidable-pain>.
- . 2016b. « Advancing Drug Policy Reform: a new approach to decriminalization ». <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/advancing-drug-policy-reform>.
- . 2018a. « The World Drug Perception Problem: Countering Prejudices About People Who Use Drugs ». <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/changing-perceptions>.
- . 2018b. « A Model Drug Law for West Africa ». <https://www.globalcommissionondrugs.org/wacd/wacd-model-drug-law>.
- Wenham, Clare, Julia Smith, et Rosemary Morgan. 2020. « COVID-19: The Gendered Impacts of the Outbreak ». *The Lancet* 395 (10227): 846-48. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2).
- Werner, Jean-François. 1991a. « Déviance et urbanisation au Sénégal : approche biographique et construction anthropologique de la marge ». Montréal: Université de Montréal. Centre IRD de Bondy. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:37308>.
- . 1991b. « La prostitution en milieu urbain : un exemple sénégalais ». *Anthropologie et Sociétés* 15 (2-3): 256-61. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010024231>.
- . 1992. « La distribution des psychotropes illicites à Dakar ». *Psychotropes* 7 (3): p.93-101. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010016900>.
- . 1993a. « Approche ethnographique de l'usage des drogues au Sénégal ». *Psychopathologie Africaine* 25 (3): 323-45. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010016920>.
- . 1993b. « Urbanisation et déviance : études anthropologiques sur la drogue au Sénégal ». *Cahiers des Sciences Humaines* 29 (1): 3-32. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:37907>.
- . 2000. *Marges, sexe et drogues à Dakar : Enquête ethnographique*. Paris: Karthala.
- Werner, Jean-François, et Abdoulaye-Bara Diop. 1993. *Marges, sexe et drogues à Dakar : ethnographie urbaine. Hommes et Sociétés*. Paris: Karthala. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:39312>.
- Zamudio-Haas, Sophia, Bathsheba Mahenge, Haneefa Saleem, Jessie Mbwambo, et Barrot H. Lambdin. 2016. « Generating Trust: Programmatic Strategies to Reach Women Who Inject Drugs with Harm Reduction Services in Dar Es Salaam, Tanzania ». *The International Journal on Drug Policy* 30 (avril): 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.01.012>.

Table des matières

GENRE ET ADDICTIONS : LES TRAJECTOIRES DES FEMMES USAGERES DE DROGUES AU SENEGAL	I
SOMMAIRE	III
TABLES DES ILLUSTRATIONS	3
INTRODUCTION GENERALE : LES FEMMES USAGERES DE DROGUES, UNE HISTOIRE PEU CONNUE	12
AUX PREMICES DE MON QUESTIONNEMENT... ..	12
LA CONSOMMATION DE DROGUES CHEZ LES FEMMES UNE PRATIQUE CACHEE : LE CAS DE BINTOU, 59 ANS	13
PLAN DE LA THESE	15
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET QUESTIONS DE RECHERCHE	16
CHAPITRE 1 : LES DROGUES ET LES REPONSES SOCIALES EN AFRIQUE ET AU SENEGAL	17
INTRODUCTION	17
1.1 TRAFIC, PRODUCTION ET CONSOMMATION DE DROGUES EN AFRIQUE	19
1.1.1 <i>La production et distribution</i>	19
1.1.2 <i>La consommation</i>	23
1.2 LES REPONSES REPRESSIVES	25
1.2.1 <i>Les législations en matière de drogues</i>	25
1.2.2 <i>Les alternatives à l'incarcération :</i>	28
1.2.3 <i>Les institutions impliquées dans la réponse répressive</i>	29
1.3 UNE REPONSE BASEE SUR LA SANTE ET LES DROITS HUMAINS : LA REDUCTION DES RISQUES	30
1.3.1 <i>Le changement de paradigme pour la réduction des risques</i>	30
1.3.2 <i>La disponibilité des programmes de réduction des risques</i>	31
1.3.3 <i>Les acteurs impliqués dans la Réduction des risques au Sénégal</i>	35
1.4 LE FACTEUR GENRE DANS LA REPONSE AUX BESOINS DE SANTE DES USAGERS DE DROGUES	36
1.4.1 <i>Le contexte de vulnérabilité des femmes</i>	36
1.4.2 <i>Les obstacles à l'accès aux soins</i>	37
CONCLUSION :	38
CHAPITRE 2 : LES FEMMES FACE AUX DROGUES ET AUX CONDUITES ADDICTIVES	40
INTRODUCTION	40
2.1 INVISIBLE OU «INVISIBILISATION», QUID DE LA VISIBILITE DES FEMMES UD ?	41
2.1.1 <i>Invisibilité dans la production scientifique</i>	41
2.1.2 <i>Une visibilité partielle à travers deux stéréotypes dominants : la mère et la prostituée</i>	42
2.2 USAGES DE DROGUES AU FEMININ ET SPECIFICITES BIOLOGIQUES	44
2.2.1 <i>Différences d'usages entre les sexes</i>	44
2.2.2 <i>Vulnérabilités biologiques, risques d'infections</i>	45

2.3 CLICHES DE FEMMES UD, NORMES DE GENRE ET STIGMATISATION	46
2.3.1 Consommation de drogues au féminin et représentations documentés au Nord	46
2.3.2 Addictions, images de femmes africaines et stigmatisation	48
2.4 LA MATERNITE DANS LA TRAJECTOIRE D'ADDICTION	49
2.4.1 Fragilité biologique, grossesses hors normes sociales, sanctions sociales et pénales cumulées	49
2.4.2 Grossesse et maternité : point de bifurcation dans la trajectoire addictive ?	50
2.5 LE TRAVAIL SEXUEL DANS LA TRAJECTOIRE D'ADDICTION	51
2.5.1 Lien entre consommation de drogues et prostitution	51
2.5.2 Femmes UD et prostitution au Sénégal.....	53
2.6 CONSOMMATION DE DROGUES ET « DEPENDANCE RELATIONNELLE »	54
2.6.1 L'influence du partenaire, pratiques et violences	54
2.6.2 Relations de couple, affectivité, conjugalité et addictions.....	55
2.7 INEGALITES, ADDICTIONS ET TRAITEMENTS : DES FEMMES MOINS VISIBLES ET MOINS PROTEGEES	56
2.7.1 Femmes et traitement juridique.....	56
2.7.2 Femmes et prise en charge des addictions.....	58
CONCLUSION.....	59
CHAPITRE 3 : OBJET D'ETUDE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	61
3.1. UN OBJET EMINEMMENT SOCIAL ET CULTUREL	61
3.1.1. Les drogues : définitions et ambiguïtés.....	61
3.1.2. De la dépendance à l'addiction	63
3.1.3. De la drogue à la catégorie sociale des drogués	64
3.1.4. Les « consommateurs de drogues injectables » : enjeux d'une catégorie	65
3.2 LES DROGUES AU SENEGAL : UN OBJET PEU « GENRE »	67
3.2.1. Les femmes et les drogues dans les productions médiatiques.....	67
3.2.2 L'émergence des sciences sociales dans le champ des drogues au Sénégal	68
3.2.3 Le genre de l'objet ? Le féminin peu visible	70
3.2.4. L'émergence de la question du genre dans les études en sciences sociales au Sénégal	72
3.3 PROBLEMATIQUE	75
3.4 QUESTIONS DE RECHERCHE	76
3.5 HYPOTHESE DE TRAVAIL	77
3.6 OBJECTIFS.....	78
CHAPITRE 4: CADRE THEORIQUE: DROGUES, BIOGRAPHIES, GENRE, SOINS DE SANTE	79
4.1 UNE APPROCHE THEORIQUE DES DROGUES	79
4.1.1 De la déviance à la médicalisation : punir ou soigner	79
4.1.2 Le triangle d'Olivenstein	83
4.2 APPROCHE THEORIQUE DES BIOGRAPHIES	86
4.2.1 À propos des biographies : les notions utilisés	86

4.2.2 La trajectoire	88
4.3 UNE APPROCHE THEORIQUE DU GENRE.....	90
4.3.1 À propos du genre.....	90
4.3.2 L'intersectionnalité	93
4.4 UNE APPROCHE THEORIQUE DES SOINS DE SANTE.....	96
4.4.1 À propos de la socioanthropologie de la santé.....	96
4.4.2 La syndémie.....	97
CHAPITRE 5. METHODOLOGIE, ETHIQUE ET REFLEXIVITE.....	101
INTRODUCTION.....	101
5.1 COLLECTE DES DONNEES	105
5.1.1 Techniques utilisées et organisations des enquêtes	106
5.1.2 La recherche documentaire	108
5.1.3 Le traitement des données	109
5.2 POPULATIONS ET SITES D'ENQUETE.....	103
5.2.1 Les sites d'observations	103
5.2.2 Modalités de prise de contact	104
5.2.3 Participants à l'enquête.....	105
5.2.4 Communications sur les résultats.....	Erreur ! Signet non défini.
5.3 CONSIDERATIONS ETHIQUES ET REFLEXIVITE	110
5.3.1 Le parcours de la chercheuse	111
5.3.2 Etablir la confiance sur un terrain sensible	111
5.3.3 Le sexe de l'enquête.....	114
5.4.4 Les sollicitations sociales et financières	118
CONCLUSION.....	121
DEUXIEME PARTIE : DES VIES DE FEMMES AVEC LES DROGUES.....	122
CHAPITRE 6. TRAJECTOIRES ET VIE DE FEMME (S) : APPROCHE BIO-ETHNOGRAPHIQUE	123
INTRODUCTION.....	123
6.1 DROGUES ET FEMMES AFRICAINES : UNE HISTOIRE CACHEE	124
6.1.1 Une analyse marginale de l'usage de drogues au féminin.....	124
6.1.2 La figure de la femme « d'un certain âge » ou « noble ».....	125
6.1.3 La figure de la « femme libre ».....	129
6.2 DES TRAJECTOIRES DE VIE	131
6.2.1 Oumou, une trajectoire fluide	132
6.2.2 Sokhna, une trajectoire dense.....	136
CONCLUSION.....	145
CHAPITRE 7. QUATRE PROFILS SOCIAUX TYPES DE CONSOMMATRICES DROGUES.....	147

INTRODUCTION.....	147
7.1 DES JEUNES FEMMES DU MONDE DE LA NUIT ET DU DIVERTISSEMENT.....	149
7.1.1 <i>Vignette biographique, Aicha, 27 ans</i>	150
7.1.2 <i>Vignette biographique, Atia, 31 ans</i>	151
7.1.3 <i>Vignette biographique Gnilane, 34 ans</i>	152
7.2 DES FEMMES, RENCONTREES DANS LES QUARTIERS POPULAIRES ET LES ASSOCIATIONS DE TS.....	153
7.2.1 <i>Vignette biographique, Lika, 32 ans</i>	154
7.2.2 <i>Vignette biographique Diery, 32 ans</i>	155
7.2.3 <i>Vignette biographique Ouleye, 51 ans</i>	155
7.3 DES FEMMES CONNUES DANS LE MILIEU COMME « ANCIENNES JUNKIES »	156
7.3.1 <i>Vignette biographique Bintou, 59 ans</i>	158
7.3.2 <i>Vignette biographique Tabara, 53 ans</i>	159
7.3.3 <i>Vignette biographique Coura, 34 ans</i>	160
7.3.4 <i>Des femmes isolées dépendantes aux médicaments</i>	161
7.3.5 <i>Vignette biographique Penda, 24 ans</i>	162
7.3.6 <i>Vignette biographique Yacine</i>	163
7.3.7 <i>Vignette biographique Nini, 29 ans</i>	163
CONCLUSION.....	165
CHAPITRE 8 : LES PRATIQUES « AU FEMININ » DES DROGUES : PRODUITS, USAGES, CONTEXTES	167
INTRODUCTION.....	167
8.1 LES PRODUITS.....	168
8.2 LES MODES D'USAGES CONSOMMATION.....	172
8.2.1 <i>Les techniques</i>	172
8.2.2 <i>Les associations de produits</i>	176
8.2.3 <i>La diversité des effets</i>	178
8.3 LES MOTIVATIONS DE L'INJECTION.....	180
8.3.1 <i>La mauvaise qualité de l'héroïne</i>	180
8.3.2 <i>La recherche d'un effet supérieur à celui du sniff</i>	181
8.3.3 <i>L'absence de conscience des risques infectieux</i>	182
8.4 LES CONTEXTES.....	185
8.4.1 <i>Les contextes biographiques : des vécus familiaux et personnels traumatiques</i>	185
8.4.1.1. <i>Sokhna, ou une enfance traumatisante</i>	187
8.4.1.2 <i>Dior, à la marge dès la naissance</i>	188
8.4.1.3 <i>Dibor, une vie amoureuse difficile</i>	190
8.4.2 <i>Les contextes sociaux favorables à la consommation</i>	191
8.4.2.1 <i>Le milieu de vie</i>	191
8.4.2.2 <i>Le milieu festif et touristique</i>	193
8.4.2.3. <i>Le contexte de mobilité</i>	194

CONCLUSION.....	195
TROISIEME PARTIE : LES ETAPES DES TRAJECTOIRES ET LEURS DÉTERMINANTS	198
CHAPITRE 9. LES TRAJECTOIRES : DES PREMICES A L'ENGAGEMENT DANS LA CONSOMMATION DE DROGUES	199
INTRODUCTION.....	199
9.1 LES MODALITES D'INITIATION AUX DROGUES	199
9.1.1 <i>Diary, l'initiation par les pairs</i>	200
9.1.2 <i>Bintou, l'initiation à l'insu</i>	201
9.1.3 <i>Fily, l'initiation par le partenaire amoureux</i>	203
9.1.4 <i>Penda, l'initiation par les prescriptions médicamenteuses</i>	204
9.2 DYNAMIQUES DE CONSTRUCTION DES TRAJECTOIRES	204
9.2.1 <i>Les différents paliers de l'engagement dans une trajectoire</i>	204
9.2.2 <i>Les motivations à consommer suivant le continuum des trajectoires</i>	207
CONCLUSION.....	210
CHAPITRE 10. DES USAGERES DE DROGUES SOUMISES A PLUSIEURS VULNERABILITES: LE TRAVAIL SEXUEL, L'INCARCERATION, LA RELATION DE COUPLE, LA STIGMATISATION, LA MATERNITE.....	212
INTRODUCTION.....	212
10.1 LE TRAVAIL SEXUEL	213
10.1.1 <i>Travailleuses du sexe professionnelles ou clandestines ?</i>	213
10.1.2 <i>Le lien entre prostitution et usage de drogues</i>	215
10.2 L'INCARCERATION	218
10.2.1 <i>Sanctions pour l'usage de drogues</i>	218
10.2.2 <i>Sanctions pour la prostitution</i>	220
10.3 LA RELATION AU PARTENAIRE	221
10.3.1 <i>Le partenaire UD : « favorisant la consommation »</i>	221
10.3.2 <i>Le partenaire « protecteur »</i>	222
10.4 LA STIGMATISATION	224
10.4.1 <i>La stigmatisation vécue au niveau familial et dans la société</i>	224
10.4.2 <i>L'auto-stigmatisation et la stigmatisation perçue dans les soins</i>	227
10.5 LA GROSSESSE ET LA MATERNITE	229
10.5.1 <i>La procréation et la grossesse</i>	229
10.5.2 <i>Le vécu de la maternité</i>	231
CONCLUSION :	232
CHAPITRE 11. LES EFFETS DU COVID-19 SUR LA VIE DES FEMMES USAGERES DE DROGUES	235
INTRODUCTION.....	235
11.1 LE COVID VUE PAR LES FEMMES UD	238

11.2 LES EFFETS DU COVID 19 SUR LES ACTIVITES PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES DES FEMMES	243
11.3 LES EFFETS DU COVID 19 SUR LES USAGES ET L'ACCES AUX SOINS	246
11.4 OPPORTUNITES ET STRATEGIES DE RESILIENCE.....	251
11.5 L'AIDE APPOREE EN TEMPS DE COVID	253
CONCLUSION.....	254
CHAPITRE 12: LES TRAJECTOIRES : DESIR « D'EN SORTIR » ET REALITES	256
INTRODUCTION.....	256
12.1 SIGA, S'EN SORTIR SANS PASSER PAR LA SUBSTITUTION	259
12.1.1 <i>Etre hospitalisée en Psychiatrie</i>	259
12.1.2 <i>Partir en retraite thérapeutique</i>	262
12.1.3 <i>Être médiatrice, une possibilité d'arrêt durable de la consommation</i>	264
12.2 PENDA, S'EN SORTIR A PARTIR D'IDENTITES NOUVELLES	266
12.2.1 <i>Avoir recours au CEPIAD</i>	267
12.2.2 <i>Se marier et être mère, étape décisive vers la sortie</i>	269
12.3 SODA, S'EN SORTIR A PETITS PAS.....	271
12.3.1 <i>Amorcer une resocialisation grâce au CEPIAD</i>	272
12.3.2 <i>Désir d'arrêter toutes les autres drogues</i>	275
CONCLUSION.....	276
QUATRIEME PARTIE : LES FEMMES ET LA PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE, MEDICALE ET SOCIALE	279
CHAPITRE 13. LE RAPPORT DES FEMMES AU CEPIAD.....	280
INTRODUCTION.....	280
13.1 L'OFFRE DU CEPIAD	282
13.1.1 <i>Objectifs et activités du CEPIAD</i>	282
13.1.1.1 Objectifs du CEPIAD	282
13.1.1.2 Activités et gestion du temps	283
13.1.2 <i>Espaces et fonctionnement</i>	284
13.1.2.1 Description des espaces.....	284
13.1.2.2 Ressources humaines	285
13.2 LES DIFFICULTES POUR LE RECOURS AU CEPIAD	286
13.2.1 <i>Les barrières à l'accès identifiées par les femmes</i>	286
13.2.1.1 Les barrières personnelles.....	287
13.2.1.2 Les barrières systémiques	288
13.2. 2 <i>Les barrières à l'accès identifiées par les hommes</i>	290
13.2.2.1 Les barrières personnelles.....	290
13.2.2.1 Les barrières systémiques	291
13.3 L'ACCEPTABILITE DE L'INTEGRATION DES SOINS POUR LE VIH ET LES HEPATITES	294
13.3.1 <i>Les perceptions du dépistage du VIH et des hépatites</i>	294

13.3.2 Les arguments en faveur de la dispensation des ARV au CEPIAD	295
13.4.3 Les réticences aux choix du CEPIAD comme site de dispensation des ARV	296
CONCLUSION	297
CHAPITRE 14. LES BESOINS ET ATTENTES DES FEMMES USAGERES DE DROGUES	302
INTRODUCTION	302
14.1 LES PERCEPTIONS DE LA PRISE EN CHARGE AU CEPIAD	303
14.1.1 Les appréciations positives	303
14.1.2 Les appréciations négatives	306
14.1.3 Inscriptions dans les rapports des femmes avec le CEPIAD	309
14.2 LES BESOINS ET ATTENTES DIFFERENCIES DES FEMMES	310
14.2.1 Les besoins de santé diversifiés	310
14.2.2 Les besoins relatifs à la prise en charge psychosociale	315
CONCLUSION	317
CHAPITRE 15. LE FACTEUR GENRE DANS LA REPONSE AUX BESOINS DES FEMMES USAGERES DE DROGUES	321
INTRODUCTION	321
15.1 PERCEPTIONS ET EXPERIENCE PAR RAPPORT AUX FEMMES UD ET A LEUR TRAITEMENT	323
15.1.1 La vulnérabilité, point d'ancrage de la réponse	323
15.1.3 La difficulté à atteindre les femmes	326
15.2 AU FEMININ S'IL VOUS PLAÎT !	331
15.2.1 Consultations gynécologiques	332
15.2.2 Groupes de paroles de femmes	333
15.2.3 Journée annuelle « Femmes et drogues »	334
15.3 AUTONOMISEZ !	338
15.3.1 Le soutien entre les pairs	339
15.3.2 Le renforcement de capacités des associations	341
CONCLUSION	343
CONCLUSION GENERALE	348
RETOUR SUR L'OBJET DE RECHERCHE	348
DES VIES DE FEMMES AVEC LES DROGUES	351
LES ETAPES DES TRAJECTOIRES ET LEURS DETERMINANTS	352
LES FEMMES ET LA PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE, MEDICALE ET SOCIALE	353
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	356
TABLE DES MATIERES	378
ANNEXES	385
INFORMATIONS SUR LES PARTICIPANTS A L'ENQUETE	I

OUTILS DE COLLECTE	I

ANNEXES

Informations sur les participants à l'enquête

Caractéristiques des participantes au récit biographique

Pseudo	Age	Situation matrimoniale	Niveau études	Activités	Nombre d'enfants	Produit principal	Autres consommations	Lieu
Bintou	59	Veuve	secondaire	Médiatrice CEPIAD	0	Sous méthadone	Cocaïne/crack	CEPIAD
Amy	38	Mariée	secondaire	Couturière/teinturière au CEPIAD Médiatrice projet PARECO	0	Cocaïne/crack (psychothérapie)	néant	CEPIAD
Sokhna	50	Divorcée	secondaire	Médiatrice CEPIAD	1	Sous méthadone	Cocaïne/crack	CEPIAD
Dior	38	Mariée	Non instruit	Médiatrice projet PARECO,	0	Sous méthadone	Pions, cannabis	CEPIAD
Penda	24	Célibataire	Secondaire	Sans activité	0	Sous méthadone	néant	CEPIAD
Nini	29	Divorcée	Non instruit	Médiatrice projet PARECO	2	Sous méthadone	Cannabis, pions	CEPIAD
Diary	52	Divorcée	Primaire	Sans activité	3	Sous méthadone	Cocaïne/crack, cannabis	CEPIAD
Bouso	57	Divorcée	Secondaire	Sans activité	0	Sous méthadone	Cocaïne/crack, cannabis	CEPIAD
Dibor	52	célibataire	secondaire	Sans activité	0	Sous méthadone	cannabis	CEPIAD
Yacine	28	célibataire	supérieur	Employée en entreprise	00	Sous méthadone	néant	CEPIAD
Soda	51	Mariée	Primaire	Sans activité	6	Sous méthadone	Cocaïne/crack, cannabis	Dakar
Siga	54	Divorcée	Secondaire	Médiatrice CEPIAD	2	Héroïne	Cocaïne/crack, cannabis	Dakar
Ndiolé	51	Divorcée	Secondaire	Travailleuse du sexe	2	Héroïne	alcool	Dakar
Gnima	53	Divorcée	Secondaire	Sans activité	3	crack	néant	Dakar
Lika	32	mariée	Primaire	relais	4	crack	Pions, alcool	Dakar
Dierry	32	mariée	Primaire	relais	3	crack	Pions, alcool	Dakar
Néné	50	célibataire	Primaire	Sans activité	00	crack	alcool	Dakar

Pseudo	Age	Situation matrimoniale	Niveau études	Activités	Nombre d'enfants	Produit principal	Autres consommations	Lieu
Lena	30	célibataire	secondaire	Travailleuse du sexe	02	Cocaïne/crack	néant	Dakar
Soukeye	43	célibataire	secondaire	Travailleuse du sexe	02	Cocaïne/crack	alcool	Dakar
Garmi	29	célibataire	secondaire	Sans activité	02	Cocaïne/crack	néant	Dakar
Fily	56	divorcée	Non instruite	Sans activité	02	Héroïne	néant	Dakar
Tabara	53	célibataire	secondaire	Sans activité	01	Cocaïne/crack	néant	Dakar
Coumba	34	célibataire	Primaire	Sans activité	01	Cocaïne/crack	néant	Dakar
Ouleye	51	Veuve	secondaire	Présidente d'association	03	Cocaïne/crack	néant	Dakar
Daba	46	mariée	Primaire	Sans activité	01	Héroïne	néant	Dakar
Coura	35	divorcée	Primaire	Sans activité	02	Héroïne	Cannabis, cocaïne/crack	Dakar
Oumou	35	célibataire	Primaire	Coiffeuse/serveuse	01	Cocaïne/crack	cannabis alcool	Saly/Mbour
Atia	30	mariée	supérieur	réalisatrice	00	Cocaïne/crack	Cannabis alcool	Saly/Mbour
Sanou	33	célibataire	supérieur	Commerçante/TS	00	Cocaïne/crack	Cannabis alcool	Saly/Mbour
Gnilane	34	Divorcée	secondaire	Couturière/masseuse	01	Cocaïne/crack	alcool	Saly/Mbour
Alima	41	Divorcée	secondaire	Masseuse	02	Cocaïne/crack	néant	Saly/Mbour
Aicha	27	célibataire	Non instruite	Propriétaire d'un Bar restaurant occasionnelle /TS	00	Cocaïne/crack	Alcool cannabis	Saly/Mbour
Salimata	28	célibataire	secondaire	Médiatrice Outreach UPAM	00	Cocaïne/crack	alcool	UPAM/Mbour
Nafi	30	célibataire	primaire	Travailleuse du sexe	00	Cocaïne/crack	alcool	Saly/Mbour

Caractéristiques des hommes rencontrés par entretien individuel

Pseudo	Age	Situation matrimoniale	Niveau études	Nombre d'enfants	Produit principal	Autres consommations	Modes de consommation	Lieu
Ablaye	46	Divorcée	Primaire	01	Héroïne	Cannabis, cocaïne/crack	fumette	Dakar
Faudé	64	Divorcée	supérieur	05	Héroïne	Hasich Kif (herbe au Maroc)	Fumette et chasser le dragon	Dakar
Mactar	43	Divorcée	secondaire	01	Héroïne	Cannabis	Fumette	Dakar
Bécaye	58	célibataire	supérieur	02	Héroïne	Cannabis	sniff	Dakar
Mbaye	57	veuf	Primaire	03	Héroïne	Cannabis Amphétamines Cocaïne	Chasser le dragon	Dakar
Daouda	62	célibataire	secondaire	00	héroïne	cannabis	fumette	Dakar
Elimane	42	marié	primaire	03	Cocaïne/crack	cannabis	fumette	Dakar
Ngor	50	marié	primaire	04	Cocaïne/crack	cannabis	fumette	Dakar
Ndiaga	48	marié	secondaire	03	héroïne	Cocaïne/crack	Sniff fumette	Dakar
Iba	58	marié	primaire	02	héroïne	cannabis	fumette	Dakar

Caractéristiques des participantes au focus group femmes au CEPIAD

Pseudo	Amy	Nini	Soda	Dior	Siga	Sokhna	Khoudia
Age	38	38	53	38	56	52	61
Niveau d'étude	Primaire	Non instruite	Primaire	Primaire	Secondaire	Secondaire	Secondaire
Religion	musulmane	musulmane	musulmane	musulmane	musulmane	musulmane	musulmane
Confrérie	Tidiane	mouride	mouride	Tidiane	néant	mouride	Tidiane
Situation matrimoniale	Mariée	divorcée	mariée	mariée	divorcée	mariée	Veuve
Nombre d'enfants	00	02	06	00	01	01	00

Année premier usage	2004	1999	1982	2006	1986	1988	1985
Première(s) drogue(s) consommée(s)	Cocaïne, crack	héroïne	Cannabis héroïne	Cocaïne	Cocaïne	Cannabis, Héroïne	Cannabis Héroïne
Produit principal consommé (avant inclusion)	cocaïne	héroïne	Héroïne	Cocaïne, Héroïne, Cannabis	Héroïne, crack	Cannabis, Héroïne	Héroïne
Produit principal consommé (après inclusion)	néant	méthadone	Méthadone Cannabis	Cannabis Méthadone crack	Héroïne, crack	Méthadone crack	Méthadone Cannabis
Mode de consommation avant inclusion au CEPIAD	Pipe à crack fume	Chasser le dragon	Cocktail, fume	Cocktail, Sniff Injection	Fume, pipe à crack	Fume, chasser le dragon	Fume, Sniif injection

Caractéristiques des participantes au focus group femmes hors CEPIAD (mais inscrites dans CODISEN)

Pseudo	Mamy	Soukeye	Ndiolé	Tabara	Garmi
Age	31	43	54	53	29
Niveau d'étude	supérieur	secondaire	secondaire	Secondaire	secodaire
Religion	musulmane	musulmane	musulmane	musulmane	musulmane

Confrérie	mouride	Layenne	khadre	Tidiane	mouride
Situation matrimoniale	divorcée	divorcée	divorcée	célibataire	célibataire
Nombre d'enfants	01	02	02	01	02
Année de 1^{er} usage de drogues	2007	2000	1987	1983	2007
Première(s) drogue(s) consommée(s)	Alcool, cannabis Cocaïne, Héroïne	Cannabis, alcool Cocaïne	Héroïne, cocaïne	Cannabis, alcool Cocaïne, crack	Cannabis, alcool, cocaïne /crack, Héroïne
Produit principal consommé	Cocaïne	Cannabis, crack	Cocaïne	Cocaïne/crack alcool	Cocaïne/crack
Mode de consommation	fume	fume	fume	fume	Sniif/fume

Caractéristiques des participantes au focus groupe femmes hors CEPIAD

Pseudo	Aida	Daba	Anta	Sandra
Age	51	47	50	57
Niveau d'étude	Primaire	Primaire	Primaire	supérieur
Religion	musulmane	musulmane	musulmane	musulmane
Confrérie	Tidiane	mouride	mouride	mouride
Situation matrimoniale	divorcée	divorcée	divorcée	divorcée
Nombre d'enfants	02	01	02	02
Année de 1^{er} usage de drogues	1980	2003	1999	1
Première(s) drogue(s) consommée(s)	Héroïne, cocaïne, crack	héroïne	Cocaïne, crack Cannabis	Cocaïne, crack Cannabis
Produit principal consommé	Cocaïne, crack	héroïne	Cannabis, cocaïne	Cocaïne, crack
Mode de consommation	fume	Fume (cocktail)	fume	fume

Outils de collecte

Guide d'entretien trajectoire

Population cible : Femmes CDI au CEPIAD ou hors CEPIAD

Identification de la répondante

- Identifiant (pseudo)
- Caractéristique sociales usuelles
- Produit principalement consommé
- Entourage familial et insertion sociale (arbre généalogique)
- Passage en prison ?
- Projets personnels et perspectives

Trajectoires de Vie et de consommation des Femmes CDI

- Trajectoire de vie (Enfance, confiage, socialisation, relation parentale, adolescence, photos commentés si elle en dispose, événements marquants)
- Trajectoire de formation (cursus scolaire, diplômes obtenus, formations reçus)
- Trajectoire résidentielle (origines, lieu d'habitat, mobilité régionale et internationale, motifs et dates des mobilités)
- Trajectoire matrimoniale (mariage, alliance libre, remariage, relation au partenaire)
- Trajectoire reproductive et génésique (grossesse, maternité, fécondité, contraception, avortement provoqués, difficultés et stratégies)
- Trajectoire professionnelle (activités ? Pratique du travail sexuel, depuis quand ? circonstances de début, Identifiée comme TS depuis quand ?)
- Trajectoire de consommation (Histoire de l'addiction, date et contexte de début de consommation, produits consommés, modes d'usages, motifs d'arrêts et de reconsommations (dates et contexte)

Trajectoires de soins des Femmes CDI

- Perception de son état de santé
- Perception de l'impact des facteurs tels que la grossesse, la relation au partenaire, le travail sexuel sur son état de santé
- État de santé mentale ?
- Perception de l'état de santé de ses enfants le cas échéant
- Histoire de choix du sevrage

- Histoire des itinéraires de sevrages
- Motivations de sevrage
- Vécu du sevrage
- Recours à des institutions de soins, inventaires de ces institutions, dates et motifs
- Perceptions des associations et de leur intégration dans le paysage des populations clés
- Histoire globale des diagnostics (dépendance, hépatites, VIH) et de leur projet de traitement
- Problème de santé principal ?
- Perceptions des relations entre les divers problèmes de santé
- Qui vous aide en cas de besoin, notamment dans la recherche de soin (cercle de solidarité)

Perceptions du CEPIAD par les femmes CDI

- Continuer ci-dessous si recours au CEPIAD. Si non recours passer à la page 2.
- Utilisation personnelle des services du CEPIAD
- Débuts du recours au CEPIAD
- Motifs du recours au CEPIAD
- Offre de soins et d'activités utilisée au CEPIAD
- Perceptions des différents aspects de cette offre
- Perceptions de la méthadone
- Contraintes pour son utilisation
- Appréciation des points faibles, difficultés et obstacles perçus pour profiter de l'offre
- Prise en charge et genre au CEPIAD
- Perception d'une inégalité de traitement entre hommes et femmes au CEPIAD
- Est-ce que vous pensez que le CEPIAD propose des interventions intéressantes pour les femmes, lesquelles ?
- Qu'est-ce qui pourrait être amélioré pour les femmes au CEPIAD ?
- Pourquoi à votre avis les femmes viennent moins que les hommes au CEPIAD ?
- Que faire pour inverser cette tendance ?
- Quels sont les autres lieux de traitement accessibles pour les femmes à Dakar ?
- Est-ce que les femmes qui fréquentent ces lieux sont moins sensibilisées pour venir au CEPIAD ?
- A votre avis quels types de soins utiles pour les femmes pourraient être rendus disponibles au CEPIAD ? (cartographie des besoins prioritaires en santé)

- Connaissez-vous des femmes qui selon vous bénéficieraient d'un suivi au CEPIAD ? A votre avis pourquoi ne sont-elles pas encore venues ?

Si Non recours au CEPIAD

- Quelles sont les informations que vous avez eu du CEPIAD (par quels canaux : équipe Outreach ? CODISEN ? presse ? milieu ?)
- Avez-vous une fois eu recours au CEPIAD (inclusion en cours ? demande d'ouverture de dossier ? inclusion non achevée ? Abandon ?)
- Perceptions du CEPIAD
- Perceptions des soins pour les femmes au CEPIAD
- Les raisons du non recours au CEPIAD
- Quels sont les autres lieux de traitement accessibles pour les femmes à Dakar ?
- Est-ce que les femmes qui fréquentent ces lieux sont moins sensibilisées pour venir au CEPIAD ?
- A votre avis quels types de soins utiles pour les femmes pourraient être rendus disponibles au CEPIAD ? (faire une cartographie des besoins prioritaires de santé)
- Connaissez-vous des femmes qui selon vous bénéficieraient d'un suivi au CEPIAD? A votre avis pourquoi ne sont-elles pas encore venues ?

Synthèse

Remerciements

Guide d'entretien acteurs institutionnels

Identification du répondant

- Identifiant (pseudo)
- Niveau d'éducation
- Activité
- Site
- Age
- Sexe
- Parcours professionnel
- Présentation de la structure (domaines d'intervention, collaboration)
- Provenance des fonds pour la prise en charge des usagers de drogues dans votre structure

Perceptions et expérience par rapport aux femmes CDI et à leur traitement

- Connaissance des CDI ? A quel titre ?
- Typologie des Femmes CDI ?
- Comment percevez-vous les femmes CDI par rapport aux hommes ?
- Quels sont les autres termes utilisés pour les qualifier ?
- Ce terme est-il opérationnel en matière d'intervention pour toucher les femmes ?
- Comment faudrait-il traiter les femmes CDI ?
- Faut-il des évolutions dans la loi ?
- Que pensez-vous des réponses apportées par le CEPIAD ?

Appréciation sur l'adéquation entre les besoins et les réponses apportées par votre structure.

- Quel est la place globale du genre dans les réponses apportées par votre structure ?
(existence de documents qui le mentionnent ?)
- Quelles sont les initiatives spécifiques aux femmes que vous avez menées jusqu'ici ?
(pour chaque initiative date, processus, durée, collaborations, résultats et difficultés)
- Selon vous ces initiatives correspondent-elles au besoin des femmes ?
- Quels sont les difficultés que vous avez rencontrées pour dérouler ces initiatives

Description des bonnes pratiques

- Selon vous est-ce que les femmes CDI sont satisfaites des interventions proposées aux femmes?

- Quel est le potentiel/ la stratégie de votre structure pour atteindre un plus grand nombre de femmes ?
- Que pouvons-nous apprendre de l'expérience de votre structure en matière d'initiatives sensibles au genre?
- Qu'est-ce qui doit être fait différemment?
- Quels sont vos projets en matière d'intervention spécifiques aux femmes

Grille d'entretien focus group

- La stigmatisation (Vécu, difficultés et stratégies),
- La relation au partenaire (vécu, difficultés et stratégies,
- L'incarcération (vécu, difficultés et stratégies)
- La grossesse et la maternité (vécu, difficultés et stratégies)
- La prostitution (Vécu, difficultés et stratégies)
- Besoins et attentes