UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Contribution à l'étude de la réintégration socioprofessionnelle des anciens toxicomanes

Nkeshimana, Thaddée

2002
UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1173

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI
FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
OPTION CLINIQUE ET SOCIALE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA REINTEGRATION SOCIOPROFESSIONNELLE DES ANCIENS TOXICOMANES

Enquête menée en Mairie de Bujumbura.

Par

Thaddée NKESHIMANA.

Sous la direction du :

Docteur Sylvestre BARANCIRA
Neuropsychiatre

Mémoire présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du grade de **Licencié en Psychologie Clinique et Sociale.**

Bujumbura, Septembre 2002

« ***Face à celui qui, dans son échec, persiste à nous dire qu'il peut être Dieu, il est difficile de rester modeste, de s'avouer impuissant.***
On peut faire beaucoup pour un toxicomane, peut-être à la condition de ne pas en faire trop, pour lui en dire assez ».

Claude OLIEVENSTEIN, La vie du toxicomane,
Paris, P.U.F., 1983, p.112.

Dédicace

A mes chers Parents
A chers frères et sœurs
A tous mes amis

Je dédie ce mémoire

REMERCIEMENTS

L'aboutissement de cette recherche nous donne l'occasion d'exprimer nos remerciements les plus sincères à l'endroit de tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué au présent travail.

Ainsi, nous avons l'honneur et le plaisir d'exprimer notre profonde gratitude au Dr BARANCIRA Sylvestre, professeur à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education et Directeur du présent Mémoire qui, malgré ses diverses occupations et ses nombreuses obligations, a accepté de consacrer une grande partie de son temps à la direction de ce travail.

Notre reconnaissance s'adresse aussi à tous les professeurs de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education pour la formation humaine et intellectuelle qu'ils nous ont dispensée.

Nos remerciements s'adressent également à tous ceux qui ont mis à notre disposition les moyens matériels qu'a exigés notre formation et notre travail. Nous remercions particulièrement nos parents de nous avoir montré le chemin de l'école. Nos remerciements s'adressent aussi à la famille NDARUGIRIRE Japhet d'avoir subvenu aux besoins de notre travail.

A toutes les personnes qui ont apporté directement ou indirectement leur soutien à la réussite de ce travail, nous disons merci.

TABLE DES MATIERES

Dédicace i
Remerciements ii
0. INTRODUCTION GENERALE 1
0.1. MOTIVATION DU CHOIX DU SUJET 3
0.2. DELIMITATION DU SUJET 4

CHAP. I : DEFINITION DES CONCEPTS FONDAMENTAUX 6

I.1. La drogue 6
I.2. Les stupéfiants 7
I.3. La définition médicale de la drogue 7
I.4. La définition sociale de la drogue 7
I.5. La toxicomanie 9
I.6. Les psychotropes 10
I.7. La surdose (overdose) 10
I.8. L'accoutumance 10
I.9. La dépendance 11
1°. La dépendance psychique 11
2°. La dépendance physique 12
I.10 La pharmacodépendance 13
I.11 La tolérance 14
I.12. Le manque 14
I.13. La désintoxication 15
I.14. La notion de personnalité 15
I.15. La notion de société 16
I.16. Le concept de profession 17

CHAP II : CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE 19

II.1. Les facteurs intervenant dans la prise de la drogue 20
II.2. Toxicomanie et conduites délinquantes 21
II.3.1 Les drogues naturelles 23
1. Le cannabis ou chanvre indien 23
A. Ses effets physiques et psychiques 24
a) Exaltation 24
b) Phénomènes Sensoriels 24
c) Altération des coordonnées temporo-spatiales 24
d) Troubles de la conscience 25
B. Les produits du cannabis 25
2. L'opium et ses dérivés 26
A. L'opium 26
B. Ses effets psychiques et physiques 27
a. L'opium à fumer 28
b. L'opium à manger 28
3. Les dérivés de l'opium 29
a) La morphine 29

b) L'héroïne 30
1° L'utilisation de l'héroïne 30
2° Les effets de l'héroïne 31
II.3.2. Les solvants organiques et les inhalants 32
II.3.3. Les drogues synthétiques 32
Le LSD25 33
II.4. La classification des drogues découlant du langage courant des toxicomanes 34
4.1. Les drogues «dures » 34
4.2. Les drogues «douces » 34
II.5. Situation de la drogue dans le monde en général et au Burundi en particulier 35
5.1. La drogue dans le Monde 35
5.2. La drogue au Burundi 36

CHAP. III : APPROCHE PSYCHOSOCIALE DE LA TOXICOMANIE 40

III.1. Evolution de la conception de la toxicomanie 40
III.2. Modèles explicatifs de la toxicomanie 41
III.2.1. La théorie familiale de la toxicomanie 41
III.2.2. Perspective psychanalytique sur la toxicomanie 42
III.2.3. Modèle psychosocial de la toxicomanie 44
III.3. Les aspects psychologiques de la dépendance 45
III.4. Psychopathologie et toxicomanie 47
III.4.1. La psychopathologie comme facteur associé à la toxicomanie 47
III.4.2. Classification des toxicomanes 48
a. Les toxicomanies psychotiques 48
b. La névrose toxicomaniaque 49
c. Les toxicomanes psychopathes 49

CHAP IV : LA NOTION DE REINTEGRATION 52

IV.1. Le concept de l'intégration 52
1.1. L'intégration psychologique 53
1.2. L'intégration sociale 54
1.3. L'intégration économique 54
1.4. La réintégration 54
IV.2. L'aspect psychoaffectif de la réintégration 55
IV.3. Réintégration ou la réinsertion socioprofessionnelle d'un ancien toxicomane 57

CHAP. V : PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE 60

V.1. Problématique de la recherche 60
V.2. Objectifs de la recherche 62
2.1. *Objectif général* 62
2.2. *Objectifs spécifiques* 62

63
CHAP. VI : METHODOLOGIE.....

VI.1. Les instruments de récolte des données et leur justification..... 63
VI.1.1. L'entretien semi-structuré..... 64
VI.1.2. L'observation clinique..... 67
VI.2. Présentation de l'univers d'enquête..... 70
VI.2.1. Terrain et population d'enquête..... 70
VI.2.2. Critères de détermination des cas à étudier..... 72
VI.2.3. Déroulement de l'enquête..... 73
a) La préenquête..... 73
b) Enquête proprement dite..... 73
VI.3. Les difficultés rencontrées..... 74
VI.4. Méthode de traitement des données..... 75

CHAP. VII : PRESENTATION DES MONOGRAPHIES..... 81

VII.1. Cas MIKE..... 81
VII.1.1 Présentation du cas MIKE..... 81
VII.1.2. Informations recueillies sur le cas..... 81
VII.1.3. Discussion et commentaire sur le cas MIKE..... 85

VII. 2. Cas JONY..... 87
VII. 2.1 Présentation du cas JONY..... 87
VII.2.2. Informations recueillies sur le cas..... 87
VII. 2.3. Discussion et commentaire sur le cas..... 89
a. L'absence du père et le manque de substitut valable..... 89
b. La disparition de la grand-mère..... 91

VII.3. Cas NOVA..... 96
VII.3.1. Présentation du cas Nova..... 96
VII. 3.2. Informations recueillies sur le cas..... 97
VII. 3. 3. Discussion et commentaire sur le cas..... 99
a. Impossibilité de se procurer régulièrement la drogue..... 100
b. Sa conversion au protestantisme..... 101

VII.4. Cas DIE..... 103
VII.4.1. Présentation du cas DIE..... 103
VII.4.2. Informations recueillies sur le cas..... 103
VII.4.3. Discussion et commentaire sur le cas..... 105

CHAP.VIII : LES PROBLEMES RENCONTRES PAR LES ANCIENS TOXICOMANES ET LEURS CONSEQUENCES..... 113

VIII.1. Les problèmes d'ordre économique..... 113
VIII.2. Les problèmes d'ordre social..... 114
VIII.3. Les conséquences des problèmes vécus par les anciens toxicomanes..... 116

CHAP. IX : LES FACTEURS DE L'ECHEC SOCIO-PROFESSIONNEL DES ANCIENS TOXICOMANES 120

IX.1. Absence de politique nationale de la Santé mentale 120
IX.2. Confusion entre institutions pénitentiaires et institutions thérapeutiques 122

CONCLUSION GENRALE ET SUGGESTIONS 124
a. Conclusion générale 124
b. Suggestions 126

BIBLIOGRAPHIE 127

O. INTRODUCTION GENERALE

La drogue a toujours été utilisée dans toutes les sociétés. Mais depuis les dernières décennies, le phénomène de la drogue a pris une ampleur sans précédent dans tous les pays en général et au Burundi en particulier.

Les circonstances et les raisons de consommer ces toxiques diffèrent d'une personne à l'autre, d'une époque à l'autre et surtout d'une société à l'autre.

Ainsi comme le disent J.P. KRAMMER et D.C. CAMERON :

> ***« Un grand nombre de personnes qui essayent certaines substances engendrant une dépendance ici surtout l'alcool ou le cannabis, continuent de les utiliser occasionnellement, cela se produit surtout lorsque l'usage «modéré » de la substance est approuvé, admis ou du moins toléré par le groupe socioculturel large ou immédiat auquel l'intéressé appartient »[1].***

Nous voyons donc que la société a une part considérable en ce qui concerne la consommation et le trafic de la drogue. C'est ainsi que certaines sociétés sont hostiles à la consommation de l'alcool (sociétés musulmanes) tandis que dans d'autres sociétés, cette consommation est autorisée. Ceci laisse entendre que le problème de la drogue est un problème qui embrasse le socioculturel.

La drogue est l'un des problèmes les plus graves de ce début de siècle, des plus complexes, des plus pervers. La drogue est un problème pluridimensionnel qui concerne aussi bien les domaines médical, économique, politique, juridique et social. Les tentatives d'intervention, pour être efficaces devraient coordonner les efforts de tous les intervenants de ces différents domaines précités.

Ainsi comme le dit ESTIEVENART.

> ***« Les politiques les plus avancées aujourd'hui semblent bien être celles qui allient dans un ensemble cohérent des mesures fortes de répression de la grande criminalité associée au trafic des drogues et des mesures déterminées d'encouragement socio-sanitaire des toxicomanes, tant au niveau individuel (prévention, traitement, réhabilitation) qu'au niveau collectif en attaquant notamment de front les conditions économiques et sociales régnant dans de nombreuses agglomérations urbaines fragilisées »[2].***

La législation antidrogue et l'intervention auprès des drogués au Burundi devraient aussi s'inspirer de ce point de vue. Ainsi des politiques intégrant la

---

[1] KRAMER, J.P et CAMERON, D.C ; La pharmacodépendance, Génève, 1975, p.53

[2] ESTIEVENART, G ; Drogue : dépendance et interdépendance, conférence internationale, centre européen pour l'interdépendance et la solidarité mondiales, p.10

répression du trafic des drogues et réservant une attention particulière à la prévention et au traitement de la toxicomanie sont nécessaires.

Le traitement de la toxicomanie est d'autant plus délicat dans la mesure où le toxicomane est un être avec une personnalité déjà fragilisée par la prise répétitive des toxiques entraînant la dépendance. Cet état de dépendance provoque quant à lui une modification de l'état habituel du sujet et par conséquent une modification de son statut social, comme l'ont justement noté KRAMER et CAMERON :

> ***« La personne dont la dépendance est soupçonnée ou constatée par l'entourage, éprouve souvent le sentiment nouveau ou renforcé d'être rejeté par la société (anciennes connaissances et vieux amis, membres des familles, école, lieu de travail etc.) ce qui tend à l'enfoncer dans ses habitudes, au lieu de l'inciter à changer de mode de vie ».***[3]

Néanmoins, la relation du toxicomane avec son environnement social se réalise à travers une étonnante succession de contextes. Voyageant en quelques sortes entre la délinquance et la maladie physique ou mentale ou autrement dit, entre le judiciaire, le médical ou le psychologique, les toxicomanes suscitent beaucoup de réactions qui favorisent ou handicapent leur intégration tant sociale que professionnelle.

Ainsi comme le dit LAURIER Françoise :

> ***« Notre société très organisée découvre la toxicomanie à la fois à l'intérieur d'elle-même et au-delà des frontières artificiellement dessinées entre le normal et l'anormal, entre l'organisé et le désordre, le toléré et l'intolérable. Les toxicomanes vivent à la fois parmi nous et au dehors de notre collectivité reconnue légale, quotidienne. A la fois très présents et tout à fait marginaux. Hors de notre système commercialo- productif et pourtant vivant de lui ».***[4]

La réintégration socioprofessionnelle des anciens toxicomanes n'est donc pas un problème facilement soluble ; il implique plutôt une analyse approfondie. Et plus d'une raison nous a motivé à choisir ce thème de recherche.

---

[3] KRAMER, J.P, et CAMERON, D.C. op. cit p. 54

[4] LAURIER Françoise, En marge de la drogue, Paris, les Editions ESF, 1992, p.20

O.1. MOTIVATION DU CHOIX DU SUJET

Le choix d'un tel sujet de recherche ne nous a pas été dicté par le hasard.

Du point de vue de Jean-Michel OUGHOURLIAN,

> ***« La drogue est en effet le prisme à travers lequel un nombre croissant des jeunes d'aujourd'hui regardent jouer la comédie humaine de notre époque ».***[5]

Il ne suffit pas de voir seulement les facettes de ce prisme, mais plutôt consacrer une étude détaillée des différentes facettes. C'est-à-dire une démarche qui consisterait à remonter de l'effet à la cause pour envisager les voies de sortie de ceux qui ont déjà sombré dans la drogue.

Une autre motivation ressort du fait que peu de recherches ont été faites dans notre pays par les pouvoirs publics qui malheureusement considèrent les toxicomanes comme des marginaux. Et même si des structures et des modes d'intervention et de soutien sont organisés, ils sont ambigus et précaires.

Notre rencontre avec les personnes toxicomanes nous révèle qu'elles éprouvent des difficultés d'insertion ou de réintégration sociale et professionnelle. C'est dans cette optique que nous voulons mener une étude pour découvrir les différents aspects de la problématique de la réinsertion socioprofessionnelle des anciens toxicomanes .

---

[5] OUGHOURLIAN, J.M., La personne du toxicomane, Toulouse, Ed, Edouard Privat, 1974, p.20

0.2. DELIMITATION DU SUJET

Nous n'avons pas la prétention d'étudier et d'analyser tous les problèmes que vivent les personnes toxicomanes. Nous pensons qu'ils sont trop nombreux pour être abordé dans un travail de mémoire.

De ce fait, nous nous intéresserons uniquement aux difficultés éprouvées par les anciens toxicomanes dans leur réintégration tant dans leur milieu de vie que dans le monde du travail.

Notre étude va se limiter auprès des institutions qui suivent de près ou de loin l'évolution de ce phénomène. Il s'agit entre autre du Centre pour la prévention et la réinsertion sociale des anciens drogués, auprès des officiers de police œuvrant dans la cellule antidrogue de la PJP de Bujumbura et enfin auprès des autres associations comme SORETO (solidarité pour le Redressement des Toxicomanes).

Enfin, nous allons interroger les anciens toxicomanes eux-mêmes, leur entourage familial et professionnel.

I^{ère} PARTIE

CADRE THEORIQUE

CHAP. I. DEFINITION DES CONCEPTS FONDAMENTAUX

Nous ne pouvons pas nous lancer dans le vif de la recherche sans justifier quelques notions conceptuelles qui pourraient sans doute susciter une incompréhension pour le lecteur.

En effet, comme le travail que nous entreprenons requiert un langage propre à la toxicomanie, nous consacrons ce premier chapitre à la définition opérationnelle de certains concepts indispensables pour notre recherche.

Ainsi, on pourra essayer de définir la notion de drogue, de toxicomanie et des termes corollaires et enfin la notion de réinsertion et intégration dans son aspect social et professionnel des toxicomanes reconvertis, tout en restant persuadé que le sens varie d'un contexte à l'autre.

Bien plus, il faut comprendre que la liste des définitions que nous allons proposer dans les paragraphes qui suivent n'est pas exhaustive.

Ces définitions ont été choisies d'une part, pour leur caractère descriptif de l'état psychosocial de la personne toxicomane et d'autre part, pour leur accent mis sur le processus de réintégration sociale et professionnelle des anciens toxicomanes.

I.1. La drogue

Le mot « drogue » signifie d'abord la matière première organique utilisée dans la préparation des médicaments.

Ensuite par extension, la drogue est synonyme de médicaments chez les anglo-saxons.
Dans le langage courant, le terme «drogue » est synonyme de « stupéfiants » ou même de «psychotrope ».

Ainsi KRAMER J.P. et CARON D.C. Définissent la drogue comme étant

> ***« Toute substance d'origine naturelle ou synthétique qui, introduite dans l'organisme d'un sujet agit en modifiant le sens et le comportement de ce sujet »***[6]

Cette définition couvre non seulement les médicaments principalement destinés à être administrés pour soigner les malades mais utilisés à des fins non thérapeutiques, mais aussi d'autres substances pharmacologiquement actives.

Dans ce cas, la drogue est consommée par l'individu dans le but d'obtenir un effet recherché qui peut être dopant, tranquillisant, euphorisant.

---

[6] KRAMER. J.P., et CAMERON.D.C, op. cit., p.13

I.2. Les stupéfiants

Ce sont les substances qui influent sur les fonctions intellectuelles ainsi que sur l'état psychique de celui qui en fait usage, soit en stimulant, soit en ralentissant le fonctionnement du système nerveux central.

Souvent ce terme est utilisé plus spécialement pour désigner les substances psycho-actives d'origine naturelle. Par exemple le chanvre à fumer est appelé stupéfiant.

I.3. La définition médicale de la drogue

Elle peut être relevée à travers les différentes propositions de l'OMS qui a consacré plusieurs réunions d'experts à ce sujet entre 1955 et 1969.

Les notions essentielles gravitent autour de trois mots-clés à partir du besoin de consommer la drogue. En effet, ce sont :

- la tendance à augmenter les doses pour obtenir le même effet (tolérance).
- L'absence de tendance à augmenter les doses alors que le besoin reste présent (accoutumance)
- L'installation dans un délai plus ou moins rapide d'un syndrome d'abstinence encore appelé syndrome de manque.

Ce syndrome correspond à une maladie physique ou un malaise psychique intense qui survient lorsque l'usager arrête de consommer le produit habituel, d'où vient la recherche de se procurer le produit partout et par tous les moyens allant jusqu'aux actes violents et délictueux.
C'est cela qui explique en partie l'association de la toxicomanie à des conduites délinquantes comme le vol, la prostitution et la criminalité.

Signalons aussi que depuis 1969, il y a une tendance à abandonner le terme de toxicomanie et de drogue à connotation morale péjorative au profit de celui médicale de pharmacodépendance.

1.4. La définition sociale de la drogue[7]

Il y a toxicomanie dans une société donnée à partir du moment où le groupe social déclare la consommation du produit comme nuisible et la réprime. Ceci explique le fait que toute société définit les drogues à sa manière et un même produit peut être considéré comme dangereux pour une société et bénéfique pour une autre.

---

[7] Source, MUSAFIRI, L., Etude de quelques facteurs motivationnels à la base de la consommation de la drogue, Université du Burundi, Fac. de P.S.E, Mémoire, Bujumbura, 1993. P.43.

L'exemple le plus éloquent est celui de l'alcool. Il est classé sous la catégorie des drogues perturbatrices du système nerveux central. Et pourtant sa consommation est largement tolérée par certaines communautés.

Sa reconnaissance publique comme boisson qui cimente les relations sociales, qui remplit la société de joie et de bonheur a fait perdre toute considération pour les effets négatifs de l'intoxication alcoolique.

Un autre exemple parlant serait celui du tabac. L'alcool constitue avec le tabac un marché utile à l'économie de beaucoup de pays. Au contraire dans d'autres communautés (comme les pays musulmans), l'alcool et le tabac, bien que produits licites, sont interdits par le groupe social. Leur consommation occasionnelle ou en petite quantité est immédiatement reconnue comme conduite toxicomaniaque (ceci résulte du poids de l'intérêt religieux). Il en est de même pour tout autre produit qui entraîne un état d'ivresse.

Pour le cas du chanvre, au départ les Burundais ne s'en servaient que pour des fins curatives pour le bétail uniquement. L'individu qui le fumait était pris pour un marginal et craint par son entourage surtout pour son agressivité. Cette conception négative de la drogue reste toujours valable à l'heure actuelle ici au Burundi, alors que si l'on en croit à certains anthropologues, l'usage du chanvre à fumer reste béni dans certaines communautés en Asie.

Ecoutons ce que l'on nous dit dans sciences et vie

> ***« Aujourd'hui au Pakistan, il est couramment consommé par les Pèlerins qui vont prier sur les tombes des saints. Dans certains cas, les gardiens des sanctuaires ont même le devoir de leur en fournir.....chez les Patchous, ethnie habitant le Nord-Ouest de Pakistan et l'Afghanistan, les hommes se réunissent périodiquement dans hujra (maison communale) pour fumer le cannabis et discuter des affaires de la collectivité »[8].***

[8] Sciences et Vie n° 879, 1990. p.35

I.5. La toxicomanie

SILLAMY, N définit la toxicomanie comme étant :

> ***« une appétence ou désir ardent de consommer des produits toxiques engendrant un état de dépendance »[9].***

Par cette définition, on comprend que le toxicomane est dominé par le besoin insistant et impérieux d'utiliser les substances psychotropes pour se procurer des sensations agréables (euphorie, quiétude, activation de l'imagination), tenter de combler un «manque », un «creux actif » dans l'organisation de sa personnalité, pour essayer de résoudre imaginairement ses problèmes psychologiques ou pour fuir dans la rêverie ses difficultés existentielles.

Le comité des experts de l'OMS définit la toxicomanie comme étant :

> ***« un état d'intoxication périodique ou chronique nuisible à l'individu et à la société engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique »[10].***

Ainsi pour parler de toxicomanie il faut donc une consommation chronique des produits toxiques. Cette consommation a comme caractéristiques :

1. Un invincible désir de continuer à prendre la drogue et de l'obtenir par tous les moyens.
2. Une tendance à augmenter les doses
3. Une dépendance physique et psychique aux effets de la drogue c'est-à-dire l'apparition d'un syndrome d'abstinence avec symptomatologie somatique et psychique en cas d'interruption soudaine de la consommation.
4. Des effets nuisibles à l'individu et à la société.

Tandis que pour HANUS M., la toxicomanie est :

> ***« L'appétence anormale et prolongée manifestée par certains sujets pour des substances toxiques ou des drogues dont ils ont connu accidentellement ou recherché volontairement l'effet euphoristique ou dynamisant, appétence qui devient rapidement une habituelle tyrannique et qui entraîne presque inévitablement l'augmentation progressive des doses »[11].***

La toxicomanie comme le disent KRAMER et CAMERON dans la Pharmacodépendance,(1975) est un terme dont les diverses définitions ont

---

[9] SILLAMY, N ; Dictionnaire de psychologie, vol 2.p.1192
[10] KRAMER,J. P. et CAMARON, D. C., op. cit. p.10
[11] HANUS M., Psychiatrie intégrée de l'Etudiant, Paris, Quatrième Edition, 1975, p.77

suscité des problèmes de fond et des malentendus. Certaines personnes dont l'opinion fait autorité soutiendront que l'état de toxicomanie suppose la dépendance physique, d'autres n'en conviendront pas. Presque tous reconnaîtront que la cocaïne engendre la «toxicomanie » parce que certains individus peuvent en éprouver un désir très intense et cependant elle ne provoque pas de dépendance physique.

D'autre part, le mot «toxicomanie » implique habituellement l'idée d'un préjudice grave pour l'usager de la drogue et pour la société ou pour l'un ou l'autre, il implique aussi la nécessité d'un contrôle particulier.

Or ces deux implications sont inopportunes car il existe différents types de pharmacodépendance (la dépendance de type barbiturique, amphétaminique etc.) et des drogues diverses auront des aptitudes différentes à engendrer la dépendance.

I.6. Les psychotropes

Ce terme est généralement employé pour désigner plus particulièrement les stupéfiants d'origine synthétique tel que les médicaments ayant les mêmes effets que les drogues.
Par exemple certains individus se droguent au moyen des médicaments psychotropes (sous forme de comprimés) qu'ils achètent dans des pharmacies.

I.7. La surdose (overdose)

Tel que nous le lisons chez MUSAFIRI, la surdose,

> ***« est une absorption de drogue que l'organisme ne peut tolérer. Ici intervient plus la qualité de la drogue que la quantité. La mort survient très rapidement »[12].***

Les signes de l'overdose sont :

- troubles de la respiration,
- troubles du rythme cardiaque,
- coma etc.

---

[12] MUSAFIRI, L., op. cit. p.44
13 VARENNE, G., L'abus des drogues, Bruxelles,1971,p.27

I.8. L'accoutumance

G. VARENNE définit l'accoutumance comme suit :

« une habituation ou «habit» ; est un état résultant de la consommation répétée d'une drogue. Ses caractéristiques sont notamment :

1. ***Un désir de prendre la drogue à cause de la sensation de mieux être qu'elle engendre.***
2. ***Peu ou pas de tendance à augmenter les doses, c'est à dire pas de tendance à la tolérance.***
3. ***Une certaine dépendance psychique, mais sans dépendance physique à l'égard des effets de la drogue.***
4. ***Des effets essentiels nuisibles pour l'individu seul »[13].***

Cette dépendance se définit par le fait que l'individu ne peut plus se passer de son produit considéré comme dangereux pour l'organisme.

I.9. La dépendance

La dépendance peut se définir comme étant :

> ***« Un état de besoin physiologique et/ou psychique manifesté par un individu à l'égard d'une substance psychoactive à la suite d'une consommation périodique ou continue de celle-ci »[14]***

Il existe deux types de dépendance :
La dépendance psychique et la dépendance physique.

1°. La dépendance psychique

REYNAUD définit la dépendance psychique comme étant :

> ***« Une condition dans la quelle la drogue produit un sentiment de satisfaction et une impulsion psychique qu'exige une administration périodique ou continuelle de la drogue pour produire un plaisir ou éviter un état dépressif »[15].***

Selon KRAMER et CAMERON, la dépendance psychique est un,

> ***« Etat dans lequel, il existe un sentiment de satisfaction et une pulsion psychique exigeant l'administration périodique ou continue de la drogue pour provoquer le plaisir ou pour éviter la malaise. Cet état mental est même le plus puissant de tous les***

---

[13] VARENNE, G., L'abus des drogues, Bruxelles, 1971,p.27
[14] MAXENCE, J. L., Aide aux toxicomanes, Paris, 1973 p.242
[15] REYNAUD, M., les toxicomanies, Paris, 1984, p.390

facteurs qui entrent en jeu dans l'intoxication chronique par les psychotropes dans le cas de certains d'entre eux, c'est souvent le seul facteur qui intervienne »[16].

A analyser ces deux définitions nous constatons que toutes insistent sur le fait que le sujet toxicomane a un désir invincible de renouveler la prise d'une drogue. Donc on peut dire à partir de ces deux définitions que la dépendance psychique est un désir souvent irrépressible de répéter les prises du produit, afin de retrouver les sensations agréables ou extraordinaires qu'elle est capable de donner.

2°. La dépendance physique

Concernant la dépendance physique, plusieurs définitions sont proposées. Parmi elles nous avons pu retenir une qui semble bien cadrer avec l'objet de notre recherche.

En effet, ANTOINE et Maurice POROT définissent la dépendance physique comme étant :

« Un état adaptatif ayant comme conséquence l'apparition de troubles physiques intenses lorsque l'administration de la drogue est suspendue ou après neutralisation de son action par un antagoniste spécifique. Ces troubles constituent un syndrome de sevrage »[17].

Nous pouvons ajouter que la dépendance physique est un état de besoin manifesté lorsque l'adaptation de l'organisme à un psychotrope est devenue telle que un arrêt de la consommation de ce produit provoque de troubles réactionnels d'ordre psychophysiologiques appelés syndrome de sevrage ou abstinence ou encore état de manque.

S'agissant du syndrome de sevrage ou d'abstinence, il convient de souligner que ce sont des troubles qui se manifestent par des symptômes et des signes de nature psychique et physique qui sont caractéristiques de chaque type de drogue. Cet état est soulagé par la reprise de l'administration de la même drogue ou d'une autre drogue à effets pharmacologiques semblables et de même type.

Aussi, faut-il signaler qu'il n'y a pas de manifestations patentes de la dépendance physique lorsque l'administration d'une dose suffisante est maintenue.

La dépendance physique est un puissant facteur de renforcement de l'influence de la dépendance psychique en cas de continuation de l'usage de la drogue ou de rechute à l'usage de la drogue après une tentative de sevrage.

---

[16] KRAMER, J,P. et, CAMERON D.C ; op.cit., p.15

[17] ANTOINE et POROT, M., et al. Que sais-je, les toxicomanies, Paris, P.U.F., 1987, p.6

C'est pourquoi pour le toxicomane ayant le souci d'abandonner définitivement sa drogue, sa suppression brusque sans précautions médicales appropriées est déconseillée, car elle peut entraîner chez lui un syndrome de sevrage sévère et dangereux pour sa vie.
Il est actuellement admis qu'une période de 8 à 15 jours, souvent plus, est nécessaire aux toxicomanes pour obtenir la suppression du besoin physique du produit utilisé.

I.10. La pharmacodépendance

Cette notion est si difficile à expliquer que l'organisation mondiale de la santé (OMS) a du passer par plusieurs termes pour la définir notamment la tolérance, le manque, la dépendance physique et la dépendance psychique.

En effet, comme le soulignent KRAMER et CAMERON, la pharmacodépendance est :

> ***« un état psychique et quelques fois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament se caractérisant par des modifications de comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelques fois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance »[18].***

Il est important de souligner qu'un même individu peut être dépendant à l'égard de plusieurs médicaments et il faut entendre ici «médicaments » comme produit utilisé à des fins non thérapeutiques ou la drogue.

L'apparition chez un individu particulier d'une dépendance à l'égard de telle ou telle substance résulte de l'action conjuguée de trois (3) facteurs comme nous le précisent toujours KRAMER J.P. et CAMERON D.C. :

1. caractéristiques personnelles et antécédents du sujet
2. nature de son milieu socioculturel au sens large et de son milieu socioculturel immédiat.
3. Propriétés pharmacologiques de la substance en cause compte tenu de la quantité consommée, de la fréquence de son usage et de la voie d'administration c'est-à-dire administration de la substance par inhalation ou par injection.

La « pharmacodépendance » n'a été introduit dans le langage médical que depuis quelques années. Auparavant, on parlait de toxicomanie et d'accoutumance.

18.KRAMER, J.P. et CAMERON, D.C., op.cit., p.13.

Il va de soi que tout usage excessif et persistant de drogues ne mène pas fatalement à un état de dépendance. Pour en arriver là, il faut qu'au départ la substance chimique dont éventuellement on abusera de façon chronique, ait des propriétés pharmacologiques assez précises.

Il faut souligner ici que tous les psychotropes ne provoquent pas une sensation de bien être, certains d'entre eux n'auront par conséquent pas d'action toxicomanogène ou plus exactement ne sont pas aptes à engendrer un état de dépendance.

A cet effet, Varenne nous dit ceci :

> ***« une drogue susceptible de rendre un individu pharmacodépendant ne le fera réellement que si elle rencontre un hôte reconnaissant »[19].***

L'individu doit donc développer une certaine tolérance de la drogue, d'où il convient de définir la notion de tolérance.

I.11. La tolérance

Ce terme désigne un état auquel l'usager parvient à un certain niveau, quand son corps perd sa sensibilité à une drogue ou à un groupe de drogues de sorte que la réaction à la même dose décroît avec l'absorption répétée de la drogue.

En effet comme le dit MAYA CHAMI

> ***« on appelle tolérance l'adaptation de l'organisme à une substance et la nécessité pour la personne toxicomane d'augmenter les doses pour obtenir le même effet »[20].***

En d'autres termes, les usagers doivent augmenter la dose d'une même drogue pour obtenir un effet de même intensité. Ainsi la notion de dépendance fait à la fois référence à la notion d'accoutumance de l'organisme à une substance et à la notion de tolérance.

I.12. Le manque

Outre les bouleversements qui se produisent dans l'organisme du fait même de l'effet principal du produit sur le système nerveux central, s'inscrit la souffrance consécutive à la privation de drogue chez le sujet dépendant ; ce syndrome d'abstinence est appelé «le manque ».

---

[19] VARENNE, G. ; op.cit., p.18

[20] OLIVENSTEIN, CL, cité par MAYA CHAMI, toxicomanie et interventions sociales, Paris, Ed. ESF, 1987,p. 46.

I.13.La désintoxication

D'une façon générale la désintoxication est une action par laquelle l'organisme se débarrasse ou est débarrassé des toxiques qui l'imprègnent.
La désintoxication est synonyme de sevrage.

Ainsi, le comité des Experts de l'OMS définit la désintoxication comme suit :

> ***« La désintoxication consiste à éliminer une drogue de la personne, d'un toxicomane et de son environnement. Elle est en même temps une occasion de motiver le malade à participer à un programme de réadaptation »[21].***

Ainsi, la désintoxication peut consister soit à une administration progressivement décroissante d'une drogue ayant une tolérance croisée avec celle qui a provoqué la dépendance, soit à une administration des drogues n'engendrant pas de dépendance. Le but ultime de la désintoxication est d'amener le toxicomane à abandonner l'utilisation des drogues.

Dans ce processus de désintoxication, on cherche à éviter au toxicomane les effets du sevrage brutal.

AUTRES CONCEPTS CONNEXES

I.14. La notion de personnalité

Même si cette notion de personnalité n'apparaît pas dans les concepts - clés de notre sujet d'étude, nous trouvons que ce terme est implicitement en rapport avec notre travail dans la mesure où les personnes auxquelles s'intéresse notre recherche ont chacune une histoire et des façons de se conduire qui les différencient des autres.
Dans leur vie de tous les jours par ailleurs, les problèmes que rencontrent les anciens toxicomanes affectent inévitablement leur personnalité.

Néanmoins, nous n'allons pas développer ici toute la théorie sur la personnalité. Nous savons que beaucoup de chercheurs se sont intéressés à l'étude de la personnalité et chacun a essayé de la définir à sa manière.

Sans minimiser l'intérêt d'autres définitions, celle de WARNEN nous semble plus explicite. Pour lui,

> ***« la personnalité est l'organisation intégrée de toutes les particularités cognitives, affectives, conatives et physiques qui distinguent un individu des autres »[22]***

Division des stupéfiants : Inventaires des mesures propres à réduire la demande illicite de drogues. Vienne, Nations Unies, 1991, p.58

[22] WARNEN, cité par EUSENCK, dans les dimensions de la personnalité, Paris, P.U.F., 1950 p.29

Tout en restant propre à chaque individu, la personnalité se forme et se développe au contact d'autrui, elle est le fruit de l'inné et de l'acquis. En effet tout être humain partage avec les êtres de son espèce des potentialités qu'il doit confronter obligatoirement avec les expériences particulières que lui offre sa société.

I.15. La notion de société

La littérature sur la notion de société est abondante compte tenu des chercheurs qui s'y sont intéressés. En ce qui nous concerne, nous nous limiterons à son sens global.

En effet, par société, nous entendons cet univers humain dans lequel l'individu est appelé à vivre avec tout ce que cela implique et où il est amené à communiquer avec ses semblables.

Dans ce sens, la notion de société est complexe. Ce n'est pas quelque chose de construit qui peut être aménagé, repris et refait. Il s'agit d'un système de relations indépendantes des choix conscients des individus. C'est donc dire que ni le système entier, ni ces relations ne sont immuables car ils changent du fait de l'action des hommes.

Bon nombre de penseurs, philosophes et sociologues ont abondamment abordé cette notion de société.
Ainsi, ROUSSEAU s'exprime en disant que :

> ***« L'explication des contradictions dont souffre l'individu réside dans la société qui, parce qu'elle oppose les hommes entre eux, finit par opposer l'individu à lui-même. L'adulte n'est pas sûrement préformé dans l'enfant puisque la société est capable de le dénaturer au point de le rendre méchant. Donc l'adulte est le résultat d'une histoire »***[23].

Cela montre le rôle de la société dans l'éducation de l'être humain. Ceci dit, la famille et la société façonnent la personne à telle enseigne que son comportement dépend des conditions familiales et socioculturelles dans lesquelles elle évolue.

Autrement dit, l'être humain est social, plus explicite encore, il est le produit de la société. C'est dans la société que l'être humain naît, grandit, et s'épanouit grâce aux facilités mais aussi aux contradictions qu'il doit affronter. La vie en société constitue donc pour l'être humain une lutte continuelle pour pouvoir s'intégrer. L'intégration sociale suppose la possibilité de jouer pleinement son rôle d'autant plus que la société est organisée de façon que chacun ait son rôle.

---

[23] ROUSSEAU, Univers de Psychologie, Vol 5, Paris éd. Lidis, p.18,

Ceci permet à l'être humain de gagner son pain quotidien par le biais de la profession qu'il exerce. D'où la notion de profession mérite une attention particulière pour une bonne intégration sociale.

I.16. Le concept de profession

Le mot profession vient des termes latins «profession et profiteri » qui signifient «déclarer hautement ». C'est donc une activité que l'on déclare exercer pour se procurer les moyens d'existence.
Selon le « Glossaire de la réadaptation professionnelle et de l'emploi des handicapés », le terme profession est

> ***« Tout type de travail manuel ou non exécuté pour le compte d'un employeur ou pour son propre compte dont on peut tirer ses moyens d'existence »***[24]

La même source ajoute,

> ***« Le terme « profession » ayant une acceptation plus large s'étend à la plupart des branches de l'activité économique »***[25]***.***

Les deux définitions nous semblent donc valables. C'est ainsi que d'une personne, l'on dira qu'elle exerce la profession d'agriculteur, d'artisan, d'artiste, de commerçant, d'écrivain, d'industriel etc.

Le sens commun tend à confondre le terme profession avec le concept de travail, de métier, d'emploi, de poste etc.

Et quand bien même pour le sens commun tous ces termes pourraient signifier la même chose, les points de démarcation ne manquent pas. A titre illustratif, nous allons dégager certaines conceptions du travail à travers l'histoire. Dans les siècles passés le travail avait une connotation négative. Il était considéré comme aliénant, pénible et humiliant.

En effet, selon l'univers psychologique :

> ***« Etymologiquement le mot travail vient du latin «tripaliare » qui veut dire «tortures » avec le tripalium, roue à trois pieds sur laquelle on attachait le condamné et sur laquelle on lui cassait les membres »***[26]

---

[24] U.B.I.T, Glossaire de la réadaptation professionnelle et de l'emploi des handicapés, Genève, 1971, p.144
[25] Ibidem
[26] ROUSSEAU, op. cit., p. 19.

Encore plus, au cours du sixième siècle,

> ***« Pour les chrétiens, le travail est envisagé comme une des punitions de Dieu après le péché d'Adam »***[27]

Il s'agirait donc d'une malédiction. Actuellement cependant, nous pouvons dire que le travail permet à l'homme de faire face aux contraintes économiques. Et dans ce sens il se rapproche de la profession d'autant plus que comme le dit bien l'adage français : « le travail anobli l'homme ». Et tel que nous l'entendons, la profession permet à l'homme de gagner son pain, de jouer son rôle tant familial que civique.

Cette conception de la profession, va sûrement nous aider à clarifier la suite de nos propos il en de même de tous les concepts que nous avons définis précédemment.
Sans prétendre avoir épuisé les concepts à définir, nous pensons avoir défini les plus fondamentaux. Pour être plus explicite et bien préciser notre problématique, nous allons insister d'avantage sur les notions de drogue et de toxicomanie d'une part et sur celles de réintégration d'autre part.

---

[27] ROUSSEAU, op. cit., p.19

CHAP II. CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE

Comme nous l'avons déjà signalé, ce phénomène de toxicomanie n'est pas récent, mais il s'est amplifié durant ces dernières années. On constate aujourd'hui qu'il y a en plus des drogues traditionnelles, l'utilisation de nouvelles drogues qu'on appelle psychodysleptiques notamment le LSD25.

On connaît aujourd'hui de nouveaux modes d'utilisation abusive et une augmentation croissante du nombre de jeunes adultes qui utilisent ces drogues.

Ainsi, est considéré comme toxicomane quiconque, à partir d'un produit de base fait l'escalade d'un autre produit ou d'autres produits et l'utilise quotidiennement ou quasi quotidiennement. Et il y a escalade dans l'utilisation successive des produits quand on passe de la drogue la plus «faible » à une drogue plus «forte ».

Par exemple on commence par le Haschich, on passe au LSD25, puis aux amphétamines, les barbituriques pour enfin arriver aux opiacés.

Il y a escalade également dans l'utilisation quantitative des produits : on passe de faibles doses à de fortes doses. Escalade également dans la tendance au passage à l'acte.

Et enfin, escalade du plus relationnel au plus individuel. Dans l'aspect relationnel, on a constaté que le toxicomane a tendance à fusionner avec le produit qu'il consomme. Par exemple, celui qui consomme le Haschich peut entrer en relation avec d'autres consommateurs de haschisch alors que celui qui consomme l'héroïne n'entre en relation qu'avec d'autres héroïnomanes où alors, il s'isole dans le produit.

Pour corroborer ces propos, écoutons ce que nous dit NANIWE A :

> ***« Dans la relation avec soi-même, on observe un passage progressif de la contestation à la non vie en passant par l'imaginaire, la libération et l'excitation surtout lorsque le sujet consomme le L.S.D.***
> ***L'escalade psychologique de la solitude non seulement dans la relation apparente avec d'autres mais aussi dans une régression d'un investissement objectal vers un investissement narcissique »[28].***

Le toxicomane est dominé par le besoin insistant et impérieux d'utiliser des substances psychotropes à se procurer des sensations agréables (euphorie,

---

[28] NANIWE , A. ; Questions approfondies de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, cours inédit, U.B, FPSE, 1ère Lic. A.A. 1998-1999.

quiétude, activation de l'imagination...), pour tenter de combler un «manque », un «creux actif » dans l'organisation de sa personnalité, pour essayer de résoudre imaginairement ses problèmes psychologiques ou pour fuir, dans la rêverie, ses difficultés existentielles.

Ainsi comme disait Ball,

> ***« On entre dans la toxicomanie par la porte de la douleur, par celle de la volupté et par celle du chagrin »***[29].

Actuellement dans la ville de Bujumbura et même dans les provinces à l'intérieur du pays, on constate que le phénomène de la toxicomanie est devenue une réalité courante.

Il y a alors lieu de se poser la question de savoir les mobiles ou les facteurs qui interviennent dans la consommation de la drogue. C'est ainsi que nous allons essayer de passer en revue les mobiles qui pousseraient les gens à prendre de la drogue.

II.1. Les facteurs intervenant dans la prise de la drogue

La toxicomanie est un phénomène complexe que l'on comprend mal. Elle connaît plusieurs causes parmi lesquelles figure la crise de la société contemporaine notamment l'ébranlement des structures fondamentales telles que la famille, l'école et l'Eglise, perte des valeurs traditionnelles, individualisme entraînant la pauvreté des échanges interpersonnels.

D'autre part, il y a le conflit des générations ; les jeunes ont conscience à la fois de leur pouvoir et de leur vulnérabilité ; ils sont anxieux, mais s'opposent néanmoins à leurs parents et à leurs éducateurs, qui eux-mêmes, ne savent plus quelle attitude adopter.

Enfin la recherche d'une communauté fraternelle que le jeune toxicomane va trouver dans la drogue. Ainsi la drogue devient un mode de vie des jeunes et même des adultes.

Si la consommation des substances toxiques est une manière de braver les interdits sociaux, elle tend aussi à recréer l'imaginaire que le cinéma et la télévision battent en brèche en nous montrant tout.

Ainsi ces facteurs ont été regroupés comme suit : on a relevé les facteurs familiaux, les facteurs sociaux et les facteurs socio-culturels sans toutefois oublier, mais ceci à un moindre degré, les facteurs comportementaux et individuels.

---

[29] Ball cité par Sillamy, in Dictionnaire de psychologie, vol2 P. 1191.

Concernant les caractéristiques familiales, les chercheurs ont constaté la fréquence de la dissociation familiale comme facteur principal de la prise de drogue. Il y a plus de drogués dans les familles où les parents sont séparés. Dans ce cas la famille apparaît comme défaillant. Et on y observe une forte fréquence à l'absorption de médicaments psychotropes.

Ici, l'alcoolisme est également à signaler chez l'un des parents mais aussi la survenue d'une longue maladie qui a pu perturber le climat familial.
Concernant les facteurs socioculturels, il s'agit des facteurs de non intégration qui entrent en jeu. Le fait qu'on trouve plus de toxicomanes dans les familles des immigrés.

Enfin, concernant les facteurs individuels, il y aurait notamment :

- l'utilisation régulière d'une quantité importante de drogues non prohibées. Ici le sujet entre en contact avec les drogues légales ce qui par après peut le conduire à essayer d'autres drogues illicites. Par exemple il peut commencer par prendre des tranquillisants prescrits par le médecin.

- Ensuite l'existence au cours de l'enfance et de la pré-adolescence de souffrances diverses affectives, de l'angoisse, des difficultés scolaires.

- Enfin, les problèmes d'intégration sociale qui sont à l'origine de beaucoup de souffrances.

En effet, on peut souligner que les deux dernières catégories constituent la grande majorité de jeunes toxicomanes que nous observons ici dans la ville de Bujumbura.

II.2. Toxicomanie et conduites délinquantes

Ce n'est plus un secret pour personne, la toxicomanie conduit à des actes délictueux. Ainsi, comme l'a souligné PEREZ DE CUELLAR, lors de l'ouverture d'une conférence des Nations Unies sur l' abus des drogues, la consommation abusive des drogues pousse le sujet à des conduites délinquantes.

> ***« L'Assemblée générale des Nations Unies reconnaissant la préoccupation que suscite dans la Communauté Internationale le problème de la production illégale, du trafic illicite et de l'abus de drogue..., déclare que le trafic des stupéfiants et d'abus de drogue se sont transformés en une activité criminelle internationale à la quelle, il est impérieux d'accorder l'attention urgente et le rang de priorité le plus élevé.....et que l'élimination du trafic des stupéfiants est la responsabilité collective de tous les Etats »***[30]

---

[30] PEREZ DE CUELLAR, Les Notions -Unies et la lutte contre l'abus des drogues ; Division des stupéfiants des N.U, Vienne, 1984, p.1.

Le problème croissant que posent les stupéfiants, et cela dans tous les domaines, est devenu une source d'extrême préoccupation pour la communauté internationale en particulier en raison de ses effets sur l'avenir des enfants et des jeunes adultes et de l'ordre social que cela perturbe.

En effet, la toxicomanie place l'individu dans un état de besoin en le poussant à la recherche constante de la drogue. Une fois drogué, le sujet est de moins en moins plus capable de distinguer le bien du mal. La drogue pousse souvent au passage à l'acte en agissant sur le psychisme affaibli du consommateur. Elle mobilise et accentue les tendances criminelles qui vont vite émerger à la surface sans détours, ni hésitation.

En outre, le vrai toxicomane est un consommateur régulier d'un toxique majeur pour lequel, il éprouve un désir irrésistible (dépendance psychique). Certaines drogues entraînent un état adaptatif de l'organisme avec comme conséquence l'apparition des troubles physiques intenses lorsque le produit n'est plus consommé (dépendance physique).

Ceci ne restera pas sans conséquence. Ainsi quand la dépendance est non seulement psychique mais aussi physique, on remarque que :

- l'arrêt brutal de la toxicomanie est impossible ou douloureux car il se produit des phénomènes de manque, caractéristiques du sevrage,
- le sujet a tendance à augmenter sa consommation car les doses initiales deviennent insuffisantes pour lui procurer de plaisir ou plus simplement pour lui éviter de souffrir.

D'où alors tous les moyens sont bons pourvu qu'il accède à sa drogue. Les troubles de la sphère intellectuelle, la déchéance physique progressive, la dépression et l'apathie qui résultent de la consommation habituelle des drogues excluent le toxicomane du monde du travail, or le drogué est toujours en quête d'argent. Il cherchera par tous les moyens même illicites à se procurer de l'argent qui lui est nécessaire d'où vol, prostitution, escroquerie d'affaire, assassinat moyennant argent etc.

On voit ici que le piège de la toxicomanie est bien installé. Seul, l'individu ne peut s'en dégager. Il doit sans doute être aidé.

Dans tous les cas, l'entreprise est difficile mais non impossible. C'est ici où l'intervention des psychologues, des médecins, des intervenants sociaux est indispensable. La seule répression exercée dans la plupart des cas se révèle de plus en plus inefficace d'autant plus que même dans le milieu pénitentiaire on y consomme de la drogue comme l'ont bien démontré certaines études en ce domaine.

En effet nous devons reconnaître qu'il existe à travers le monde une multitude de drogues avec une histoire et des effets différents. Nous allons en faire un bref aperçu dans les lignes qui suivent.

II.3. Les différentes drogues, leur histoire, et les complications dues a leur usage chronique.

Dans ce paragraphe nous allons passer en revue certaines drogues, leur histoire et essayer de comprendre les différentes complications que ces drogues ont sur la vie psychique et/ou physique du consommateur.

Certes, les drogues sont nombreuses, mais nous avons jugé bon de les regrouper en trois (3) catégories à savoir :

- les drogues naturelles
- les solvants volatils organiques
- et enfin les drogues synthétiques.

II.3.1 : Les drogues naturelles

1. Le cannabis ou chanvre indien

Le cannabis est la drogue la plus utilisée dans le monde. Elle provient d'une plante, cannabis sativa qui pousse dans les zones chaudes ou tempérées. Cette drogue difficile à classer est considérée comme dangereuse par les uns et inoffensive par les autres.

En effet, selon Lewin, elle appartient à la catégorie des fantastica, c'est - à- dire des drogues qui donnent lieu à une excitation cérébrale évidente qui se manifeste aussi sous la forme de déformation des sensations, d'hallucinations, d'illusion.

Son usage dans les sociétés primitives jouait un rôle considérable. Le cannabis était lié aux rituels des cérémonies initiatiques. Le chanvre indien symbolisait l'appartenance à la tribu.

La coutume de consommer le chanvre indien, appelé selon les pays Kif, Sisbi, Djamba, Ganja, marijuana, haschisch, urumogi est répandu dans le monde entier. On en fume, on en boit, on en mange.

Au moyen âge, les Arabes répandirent sa consommation et substituèrent cette drogue à l'alcool interdit par le Coran. L'ivresse, la sensation et l'évasion du haschisch furent maintes fois décrites comme l'avant goût du paradis. Certains l'appelleront « le libérateur du péché », « le paradis du pauvre », « L'herbe des prairies ».

Signalons que le cannabis tient une place prépondérante dans les toxicomanies modernes.

A. Ses effets physiques et psychiques

Il existe beaucoup de variétés dont les effets ne sont pas équivalents ou du moins ne sont pas identiques. Ainsi, on a constaté que certains effets conduisent à un état de tranquillité euphorique et dans d'autres cas, on a constaté des réactions psychotiques aiguës ou même ce qu'on a appelé des psychoses cannabiques chroniques.

Comme nous l'avons signalé plus haut, cette drogue est difficile à classer et il en est de même de ses effets. En effet, ses effets euphorisant et analgésiques l'apparentent aux opiacés, ses effets excitants aux amphétamines, ses effets dysleptiques aux hallucinogènes. Cette substance peut devenir toxicomanogène, mais ne provoque pas d'asservissement au sens d'une dépendance physique. Cependant son utilisation fréquente est à l'origine de délires hallucinatoires violents ainsi que d'une diminution de la résistance immunologique.

Signalons enfin que le cannabisme chronique entraîne un syndrome amotivationnel et un syndrome déficitaire avec altération de l'état général. Comme HANUS le précise, les effets du cannabis sont essentiellement fonction de la dose et se manifestent sur quatre points de vue[31] :

a) Exaltation :

de l'humeur, de l'esprit et de la sensibilité. L'association des idées est grandement facilitée.

b) Phénomènes sensoriels :

- Hyperesthésie généralisée et particulièrement visuelle, auditive et tactile
- Ce sont essentiellement des illusions sensorielles.
- Voir des phénomènes hallucinatoire hypnagogiques, ou non, l'irréalité de ces phénomènes sensoriels n'échappe jamais complètement au sujet.

c) Altération des coordonnées temporo-spatiales

- Le cours du temps prend une allure vertigineuse ou se stabilise brutalement dans un présent infini.
- Les distances sont considérablement accrues.

d) Troubles de la conscience

- le cannabis altère la conscience qu'elle obscurcit.
- Ici le trouble de la conscience est fonction de la dose mais surtout de la nature de la personnalité du toxicomane consommateur.

---

[31] M. HANUS, Psychiatrie Intégrée de l'Etudiant, paris, Quatrième Edition, 1975, fasc. p.82

B. Les produits du cannabis

Comme produits du cannabis, nous pouvons relever le marijuana, le ganja et le haschisch.

1. le marijuana appelé aussi « Marie Jeanne » ou « herbe » est dérivé du chanvre indien. Seules les tiges et les fleurs sont utilisées. On les sèche et on les effrite pour les fumer. Ce produit ressemble au tabac mais de couleur verte.

2. On appelle ganja le produit du cannabis en provenance des indiens d'Asie.

3. On appelle haschisch ou hasch, la résine du cannabis sativa ou chanvre indien ; extraite des feuilles de la plante au moment de la floraison, raclée puis pressée en blocs. Le haschisch contient du 9THC (9Tétrahydrocannabinol en grande quantité) et se fume effrité et mélangé au tabac.

Dans l'ensemble, des produits cannabiques ont un effet excitant à doses modérées et des effets dépressifs à fortes doses, tout comme les boissons alcoolisées.
Signalons que pour ces produits, les effets chroniques sont en réalité des troubles chroniques.

Ainsi, les drogués au haschisch de manière prolongée sont sujets à une diminution progressivement de leurs capacités, à une altération de leur santé physique et à une dégradation intellectuelle et sociale.

Précisons que l'action du cannabis ou ses effets dépendent d'un certain nombre de facteurs qui sont entre autre :

- la forme de sa préparation
- la quantité ou la dose prise
- le mode d'absorption
- les dispositions individuelles du consommateur

Enfin, il faut noter que les effets du cannabis sont plus rapides et plus courts par voie respiratoire. Par contre, si le cannabis est mangé ou bu à la même dose, son action est plus faible, mais plus durable.

2. L'opium et ses dérivés

A. L'opium

Narcotique ou stupéfiant, l'opium (que l'on obtient en incisant la capsule du pavot et en récupérant la substance qui s'en écoule avec une raclette), engendre une dépendance chez le consommateur qui en absorbe régulièrement.

L'opium fut longtemps fumé ou avalé. On constate l'utilisation de l'opium comme analgésique depuis l'antiquité et l'on retrouve la trace de culture de Pavot sur l'emplacement d'anciennes cités lacustres 500 ans av. J.C.

Les Arabes ont également contribué à répandre cet usage. Des écrits datant du XVIè siècle font état de l'utilisation de l'opium en Orient et en particulier en Turquie.

Par ailleurs, la Grande Bretagne disposait du monopole de commerce de l'opium grâce à la compagnie des Indes. Au XIX^{ème} siècle, l'usage de l'opium pour le «plaisir » se répandit en France, Comme en témoigne l'existence de nombreuses fumeries dans les ports. Les intellectuels furent séduits à leurs tour par cette pratique qui devient très à la mode.

Fumé ou avalé, l'opium semble être particulièrement apprécié par les écrivains, les poètes, les artistes car cette drogue a la faculté d'exacerber les capacités intellectuelles des opiomanes.

Ainsi, RIMBAUD, BAUDELAIRE évoqueront chacun à sa façon, ces «paradis artificiels » et parleront de cette recherche du plaisir.

Comme le dit COTEAU :

> ***« L'opium rassure par son luxe, par ses rites, par l'élégance de ses lampes, fourneaux, pipes, par la mise au point séculaire de cet emprisonnement exquis »***[32]

Par ce qui précède, on comprend combien cette drogue emporte le consommateur dans un monde imaginaire et le fait sortir de cet emprisonnement qu'il compare à un sommeil de mort. Ainsi l'opiomanie devient un véritable culte, instituant des rites, stimulant le dépassement de soi, l'illusion de l'évasion et l'accès au monde surhumain.

Pour corroborer ce qui précède, écoutons ce que nous dit L.LALOY à propos des sensations fournies par la consommation de l'opium :

---

[32] COTEAU, J., Journal d'une désintoxication, Paris, 1940.

> ***« Tout disparaît, la conscience n'est pas abolie, mais pareille à un œil ouvert dans les ténèbres, elle ne perçoit que l'absence des perceptions »[33].***

Cependant, de nos jours, les usagers ne cherchent plus les sensations hétérogènes, intellectuelles, esthétiques et floues qui les ravissaient naguère, ils se précipitent vers des sensations plus brutales.

B. Ses effets psychiques et physiques

Ce produit naturel apparaît doté des propriétés à la fois excitantes et dépressives dues à la variété d'alcaloïde qu'il contient dont les effets sont en partie synergiques mais aussi parfois antagonistes.

A propos des effets physiques, au niveau de l'appareil digestif, comme le fait remarquer VARENNE,

> ***« L'opium en réaction avec certaines autres alcaloïdes qu'il contient entre autres le codéine,.....la papaverine etc, traduit un effet antipéristaltique ; ainsi l'estomac et l'intestin se vident moins rapidement »[34].***

L'opium a en outre une action plus bienfaisante, plus énergique sur les coliques et les diarrhées que la morphine sans déprimer aussi profondément le système nerveux central, donc avec moins d'assoupissement.

La longue habitude de consommer l'opium plusieurs fois par jour provoque une sorte d'indifférence au monde extérieur ; apparaissent alors une baisse considérable d'appétit, une constipation, un amaigrissement entraînant une altération de l'état général pouvant évoluer dans les cas les plus graves vers un état d'épuisement extrême (cachexie).

Quant aux effets psychiques de l'opium, ils diffèrent beaucoup moins de ceux de la morphine comme le dit toujours VARENNE, en précisant que les propriétés des autres alcaloïdes sont principalement antispasmodiques ou antitussives et n'influencent donc pas tellement le psychisme.
L'action de l'opium sur le psychisme sera par conséquent surtout déterminée par sa teneur en morphine, ainsi que par les modalités d'emploi.
Précisons que la recherche de l'état de bien être provoqué par les prises entraîne à son tour une dépendance psychologique importante.

Cependant, l'opium peut être utilisé de deux façons : soit on peut le fumer, ou bien on peut le manger.

---

[33] LALOY, L., Le livre de la fumée, Paris, Dordon-Ainé, 1913, p.88
[34] VARENNE, G. op.cit., p. 231.

a. L'opium à fumer

Une pratique toujours très répandue surtout dans des groupes de population asiatique est de fumer l'opium.

La consommation de l'opium par le procédé de le fumer renferme parfois un sens rituel variant d'un pays à un autre, d'une région à une autre.

Ainsi comme le souligne Dr G. VARENNE,

> ***« On fume l'opium presque selon un rite, les gestes qui y préparent ont tous un sens d'un cérémonial. La mise en scène contribue au recueillement. Un certain doigté est indispensable et il ne s'acquiert pas dès la première pipe »[35].***

En effet, certains fumeurs, les néophytes surtout ou ceux qui désirent rester prudents en toutes circonstances, tirent à leur pipe en une série de petites bouffées superficielles. A la suite, des jouissances délicates les imprègnent.

A cela écoutons ce que nous dit encore Dr G. VARENNE en ce qui est du vécu du fumeur de l'opium.

> ***« Il est essentiellement solitaire en ce sens que celui qui en est la proie se replie sur lui-même et se déconnecte de son entourage. Le vécu est donc tout intérieur malgré l'habitude orientale de fumer l'opium en petits groupes dans des fumeries »[36].***

Bien que l'usage de fumer l'opium conduit à l'isolement, son intoxication est plus légère que celle qui se déclare après l'ingestion d'opium par la bouche ou après la consommation de morphine par quelque voie que ce soit.
Signalons que l'opium à fumer contient en moyenne 11 à 12 % de morphine.

b. L'opium à manger

Les opiomanes ne fument pas seulement, ils peuvent aussi manger l'opium et, d'après les chercheurs en ce domaine, les effets physiques et psychiques de l'opium mangé sont plus accentués et plus rapides à se manifester que ceux présentés par le fumeur. Cela s'explique par deux raisons :

- D'une part l'absorption de morphine par le tractus digestif est plus complet.
- D'autre part, cet usage précipite ou hâte l'instauration de l'asservissement.

---

[35] VARENNE, G, op. cit; p.237.
[36] Ibidem

L'ingestion de l'opium revêt des formes différentes suivant des modes de préparation.

A ce propos, G. VARENNE nous dit ceci

> ***« Les orientaux ingèrent surtout des pilules d'opium auxquelles parfois du dross a été ajouté. Leur teneur en morphine varie ainsi entre 1 et 2 mg.....Les occidentaux par contre ingèrent le plus souvent des préparations d'opium médical dites aussi galéniques et décrites dans les pharmacopées »***[37]

Nous devons noter cependant que malgré le caractère légale de ces préparations, celle-ci restent dangereuses. En effet, du point de vue de J.M. OUGHOURLIAN :

> ***« L'opium crée une dépendance, une servitude car le sujet privé de son produit devient morne, atone, avare de ses paroles et de ses mouvements »***[38]***.***

Ajoutons que l'opium est à la base des drogues les plus dangereuses et les plus connues à travers le monde tel que le paragraphe sur les dérivés de l'opium le précise.

3. Les dérivés de l'opium

Les plus importants dérivés de l'opium qui vont retenir notre attention sont :

a. la morphine
b. l'héroïne

a) La morphine

Cette substance est un alcaloïde très puissant de l'opium (ainsi que la codéine, la cadéthéline). De ce fait cette drogue est classée dans la catégorie des Euphoristica selon la classification de Lewin. L.

La morphine est parfois injectée à des fins médicales. Elle permet de soulager la souffrance des mutilés et des blessés. La morphine engendre de graves intoxications caractérisées par un état de besoin et de manque organique et mental.

La morphine est encore consommée aujourd'hui. Sa consommation s'effectue par prises nasales ou par injection intraveineuse. Cette drogue place le sujet dans un état de bien être et d'euphorie. Mais une fois « la lune de miel » passée (état que l'on pourrait définir par une volupté physique et intellectuel), un phénomène

---

[37] VARENNE, G, op. cit., p. 241
[38] OUGHOULIAN, J.M., op. cit., p.113

de tolérance oblige le sujet intoxiqué à multiplier les injections et à augmenter les doses.
La morphine est un des principaux extraits de la morphine base. C'est le premier a avoir été isolé par les chimistes. A l'état pur elle se présente sous la forme d'une poudre blanche. On connaît les propriétés de la morphine ; elle supprime la sensation de douleur (action analgésique) d'où elle est prescrite à faible doses par les médecins, ce qui explique sa vente officielle sur le marché pharmaceutique.

Précisons néanmoins que la morphine présente des effets comparables à ceux de l'opium, mais d'une intensité plus grande surtout quand elle est administrée par voie intraveineuse. Ses conséquences sont plus graves : les accidents surviennent plus rapidement et des complications s'y ajoutent. Il faut noter aussi que la morphine provoque une dépendance physique et psychique importante.

b) L'Héroïne

Découverte peu après la morphine, cette substance a été synthétisée à partir de la morphine base. Elle fut d'abord considérée comme une substance miraculeuse (héroïque) permettant de soigner les morphinomanes. Hélas, ces espoirs furent vite déçus car on s'aperçut qu'elle était cinq fois plus toxique que la morphine.

Aujourd'hui bien qu'elle soit illicite, l'héroïne est une des drogues les plus utilisées par les toxicomanes. Elle fut longtemps considérée comme une des drogues les plus «dures » du fait de la dépendance extrême qu'elle engendre au bout de très peu de temps d'utilisation.

Comme le dit MAYA CHAMI, la caractéristique de cette drogue est qu'elle procure un plaisir intense souvent comparé à un orgasme sexuel généralisé, appelé communément le «flash » dès l'injection. Ce flash est suivi par un état de béatitude (la planète).

Les dangers de l'héroïne sont importants du fait de l'overdose dont il est responsable. La mort résulte d'une dépression respiratoire après absorption d'une dose trop importante du produit.

Comme le font remarquer les spécialistes en ce domaine, le plaisir de l'héroïne se paie très cher ; et la contre partie n'a rien à voir avec le bonheur.

1° L'utilisation de l'Héroïne

L'héroïne est vendu clandestinement sous forme de poudre blanche ou de pilules. Cette vente est clandestine dans la mesure où l'héroïne est actuellement exclue de la pharmacopée. Les doses utilisées par les toxicomanes qui préfèrent presque toujours la voie intraveineuse sont variables mais peuvent atteindre ou dépasser le gramme.

La teneur réelle de la poudre clandestine en héroïne base n'est jamais connue exactement car les intermédiaires et revendeurs ont coutume de la « couper » avec de la poudre de l'amidon du tabac, du sucre ou d'autres poudres.
L'intoxication chronique est semblable à celle de tous les dérivés opiacés, associant :

- des troubles digestifs notamment les nausées, les vomissements etc. ;
- des troubles nerveux, notamment les céphalées, les vertiges etc. ;
- des troubles généraux comme l'amaigrissement, la déshydratation etc.

2° Les effets de l'héroïne

Sous l'effet de l'héroïne, le sujet se sent parfaitement «bien », il va peu à peu éprouver le besoin d'augmenter les doses pour obtenir le même état. Très vite il sera «accroché » à sa drogue pour en être dépendant.

Plus tyrannique que la morphine, l'héroïne entraîne très rapidement un état de dépendance chez le toxicomane qui le consomme.

Le plaisir laisse progressivement place à une jouissance douloureuse. La privation brutale d'héroïne provoque comme tous les opiacés un syndrome de manque. Avec tout son arsenal de douleurs, le sujet intoxiqué souffre de crampes musculaires, de maux de tête, de diarrhées, de douleurs rénales, d'intense anxiété avec trouble de sommeil, etc.

Pour éviter de ressentir les effets du manque, l'héroïnomane va passer le plus important de son temps à chercher à se procurer son toxique (l'héroïne). D'où Comme le dit A Verdiglione :

> ***« L'héroïne réalise une suite d'esclavage absolue, d'asservissement total, qui maintient le drogué dans un cycle infernal. Mais celui-ci garde un parfait état de lucidité. Ce qui aggrave sa solitude morale et son sentiment d'impuissance »[39].***

Les dangers liés à cette toxicomanie sont nombreux et permanents car après plusieurs années d'intoxication, des effets secondaires se font remarquer, notamment :

- L'héroïne impose un mode de vie particulier qui débouche le plus souvent sur la prison, l'inadaptation sociale ou la délinquance.
- Outre le risque de dépression respiratoire entraînant la mort, les effets secondaires d'intoxication régulière mettent gravement en danger la santé des consommateurs.

A long terme, l'héroïnomane ne s'intéresse plus à son environnement social, il ne pense plus à ses parents, à ses enfants. Il ne se soucie qu'à son plaisir.

---

[39]Maya CHAMI, Toxicomanie et interventions sociales, Paris, édition E.S.F., 1987.p.34

L'intoxication prolongée d'héroïne conduit aux idées fantasmatiques donnant l'illusion de toute puissance au sujet.

II.3.2. Les solvants organiques et les inhalants

Cette catégorie de drogues comprend tout un ensemble de composés hautement volatils qui agissent comme des dépresseurs du système nerveux central.

Les solvants organiques et inhalant existent à l'état gazeux à la température ambiante mais aussi à l'état liquide et ceci fait qu'ils s'évaporent aussi rapidement lorsqu'ils sont mis en contact direct avec l'air.

Ces produits qui datent de l'essor de la chimie organique sont principalement des dérivés de l'alcool. Ces produits sont notamment des colles pour maquettes, des dissolvants, des vernis pour ongles, des produits détachants.

L'éther éthylique et le trichloréthylène sont parmi les solvants volatiles organiques les plus répandus et les plus puissants du fait de leur action plus importante sur le système nerveux central. Le mode d'absorption le plus fréquent est l'inhalation d'où leur nom d'inhalants ou de volatils.

Certains jeunes utilisent l'éther pour tenter une expérience qui, en fonction de son caractère passager ou durable, sera plus ou moins dangereux. La plupart de ceux qui ont goûté à cette drogue l'associent ensuite à d'autres et s'en servent pour palier un manque ou établir un premier plaisir.

Concernant les effets des solvants organiques et des inhalants, l'intoxication aiguë procure une exaltation de l'humeur et une excitation intellectuelle doublée d'hallucinations ou d'illusions. Cette ébriété est comparable à celle procurée par l'alcool. L'intoxication chronique est responsable d'une instabilité psychomotrice, d'une anxiété associée souvent à un état confusionnel évoluant vers la déchéance physique et psychique.

Les toxicomanies aux solvants se sont développées ces dernières années en particulier chez les jeunes disposant de peu d'argent. Ces produits sont en effet facilement accessibles du fait de leur disponibilité sur le marché officiel. Néanmoins, ces produits ne sont pas moins dangereux pour l'organisme.

En effet, on remarque chez les usagers de ces produits, la perte d'appétit, l'apparition de nausées, la destruction de cellules du cerveau, la dépression respiratoire, l'irritation des muqueuses de la bouche et du nez, vomissement et surtout perte de conscience.

Ajoutons qu'en cas de sevrage, on a parfois observé des états de confusion onirique avec agressivité, voire des crises du genre épileptique.

II.3.3. Les drogues synthétiques

Les drogues synthétiques sont nombreuses, mais nous avons retenu la plus connue et la plus répandue à travers le monde à savoir le LSD25.

Le LSD25

Ce produit hallucinogène est issu de la recherche scientifique. Appelée couramment « acide », cette drogue entraîne des effets comme les hallucinations, une modification des perceptions et des sensations parfois même des délires hallucinatoires.

Une petite dose suffit à propulser celui qui l'absorbe dans un état second. Ingéré par voie buccale, sous forme de comprimés, le LSD25 agit une heure après la prise. Précisons que l'intoxication passe par trois phases comme le signale MAYA CHAMI (1987). à savoir :

- la montée
- l'excitation
- La descente

Une fois injecté, le LSD25 a des effets immédiats. Les symptômes sont variables en nature et en intensité selon les conditions notamment l'environnement et la personnalité du sujet (structure mentale, ou les doses absorbées).

Le «voyage » qui découle de cette intoxication est selon les cas, agréable ou désagréable comme le souligne MAYA CHAMI :

> ***« Il s'agit d'une expérience interne qui évoque à bien des titres le voyage initiatique des anciens et la quête d'absolu »[40].***

Et comme le dit bien J.M OUGHOURLIAN, la personne au prises avec le LSD25, présente des troubles de l'humeur et de la perception. Ainsi

> ***« Tel sujet convaincu d'être gigantesque, mettra pied à terre par la fenêtre du sixième étage, tel autre, certain de pouvoir voler s'élancera dans le vide »[41].***

La dépersonnalisation qui s'accompagne de cette intoxication au LSD, se caractérise par un sentiment de dédoublement ou encore par un sentiment de dissolution du Moi dans l'espace environnant. Le temps semble suspendu, arrêté ou accéléré. A ce sujet S.COHEN parle d'une expérience mystique fondamentale.

Précisons que le «voyage » que procure le LSD25 à la suite de son intoxication chronique est difficilement maîtrisable. Ace propos, F. CURTEL nous dit :

---

[40] MAYA CHAMI, op.cit., Paris. Edition E.S.F., 1987, p.30.
[41] OUGHOURLIAN, J.M., op. cit. p.36.

« L'expérience nous a appris qu'il n'existe pas de maîtrise du LSD. A chaque «voyage » le risque de dérapage dans la folie est entier. Risque totalement dépendant de la dose, des conditions de la prise et des habitudes du consommateur ».[42]

Il convient de souligner que ce « voyage » peut aller jusqu'à un « voyage sans retour » conduisant parfois à l'hôpital psychiatrique. La victime est alors affolée et angoissée par cet état qu'elle ne comprend pas. Les chercheurs dans ce domaine ajoute que l'état psychologique induit par cette drogue s'est montré très proche de celui que l'on observe dans la schizophrénie.

Au terme de ce bref aperçu sur les différentes drogues, leur histoire et leurs effets, il y a lieu de comprendre qu'elles ont été utilisées depuis bien longtemps. La connaissance des drogues s'est progressivement affirmée au fur des découvertes des chercheurs. Ces découvertes ont en outre rendu possible la classification des drogues et ce qui est intéressent de noter à ce niveau c'est qu'elle tient compte de différents critères. Nous avons choisi d'insister sur la classification découlant du langage courant des toxicomanes.

II.4. La classification des drogues découlant du langage courant des toxicomanes

Cette classification distingue deux catégories de drogues à savoir :
- Les drogues dites «dures »
- Les drogues dites «douces »

4.1. Les drogues «dures »

Sont classées dans la catégorie des drogues «dures », les drogues qui de part leurs effets psychiques ou physiques altèrent profondément le psychisme humain suite à une consommation chronique.
Dans cette catégorie, on peut mentionner l'opium et ses dérivés notamment l'héroïne, la morphine, sans oublier d'autres produits comme la cocaïne.

4.2. Les drogues «douces »

Entrent dans cette catégorie, les drogues qui, en fonction de la dose administrée, n'entraînent qu'une légère et passagère modification du psychisme de l'individu dans le sens psychoactif ou psychodépressif et n'entraînent pas de troubles graves. Pour ces drogues, quand on arrête brutalement la consommation, aucun trouble psychique ou physique important ne se fait remarquer.

Dans cette catégorie de drogues «douces », on peut y classer le thé, le café, le tabac, l'alcool, les solvants divers tels que l'éther et les dissolvants de colles.

Notons que le caractère scientifique de cette classification reste discutable tant sur les effets physiologiques que pharmacologiques.

---

[42] Francis CURLET, Idées fausses sur la défonce, Paris, Flammarion, 1982,p31.

Dans cette classification, on minimise la nocivité de certaines drogues provoquant une dépendance à l'image de l'alcool.
En effet quoique l'alcool soit classé parmi les drogues «douces », les dégâts et les accidents mortels dont il est à l'origine sont incommensurables.

Les enquêtes menées aux Etats-Unis d'Amérique sur ces drogues, dites «douces » ont révélé que leur consommation sensibilise ou induit les jeunes à la consommation abusive des drogues «dures ».

II.5. Situation de la drogue dans le monde en général et au Burundi en particulier

5.1. La drogue dans le Monde

Malgré la répression exercée sur la production, le trafic et la consommation des drogues illicites ; celles-ci ne cessent de se répandre à travers le monde ce qui constitue un lourd fardeau pour la communauté internationale. Effet, la drogue est aujourd'hui qualifiée de fléau mondial à l'instar du Sida. Nous pouvons nous placer à plus d'un point de vue pour expliciter cette problématique.

Une étude récente portant sur le SRILANKA, l'EGYPTE et la NAMIBIE, a permis de constater que les accidents de travail étaient de 2 à 4 fois plus répandus suite à l'effet des drogues. L'abus de drogue constitue pour de nombreux pays ainsi un frein à la production et partant au développement.

En outre, la consommation de la drogue dans beaucoup de pays est l'une des causes de la propagation du VIH/SIDA. Au Brésil par exemple, on estime qu'environ 28 % des cas de transmission du SIDA sont dus à l'abus de drogues par voie intraveineuse. En Thaïlande, ce mode de transmission représente une proportion qui se situe entre 40 et 50 %.

Sur le plan social, l'abus et le trafic de drogue ont des effets néfastes sur la famille du consommateur et sur sa santé. A ce sujet une étude a permis de constater qu'au Mexique par exemple, la désintégration des familles est en corrélation plus étroite avec l'abus de drogues qu'avec la pauvreté. Dans la même vision des faits, une étude consacrée à la Thaïlande a permis quant à elle de déterminer que l'usage croissant de l'héroïne et des substances psychotropes était dû en partie à la dislocation de la structure familiale traditionnelle. Malgré cette nocivité de la drogue, la législation sur celle-ci diverge et il n'est plus exclu de trouver des polémiques à propos de la lutte contre la production, le trafic et la consommation de la drogue.

Relevons ce que pensent certains chercheurs à propos de la consommation de la drogue. Pour le professeur Gabriel NAHAS :

> **«Cette recherche de plaisir et de l'évasion est nuisible à la santé et ne profite pas à la société»[43].**

Mais d'autres chercheurs comme le psychiatre américain SZASZ THOMAS font valoir qu'un grand nombre de produits potentiellement nuisibles à la santé ne sont pas frappé d'interdiction. Ici, ils évoquent le Tabac et l'alcool etc. Ils ajoutent par ailleurs que chacun est libre de faire ce qu'il souhaite de sa santé et que l'intérêt de la société ne doit en rien interférer avec l'intangibilité de la liberté individuelle.

Cette vision laisse certes la liberté aux gens mais nous pensons que la liberté des gens a des limites. Ainsi la société doit protéger des gens en leur évitant certaines pratiques dont la consommation des drogues qui n'ont aucune valeur nutritive comme le précise Denis RICHARD :

> ***« Les drogues sont toutes de xéno biotiques, c'est à dire des substances étrangères à notre organisme et dépourvues de toutes valeurs nutritives. Leur action pharmaceutique est suivie d'un métabolisme, c'est-à-dire d'une transformation en produits généralement inactifs éliminés le plus souvent dans l'urine »[44]***

Malgré les conséquences néfastes tant sur l'individu que sur la société, la production, le trafic et la consommation des drogues sont loin d'être bannies. Et aucun pays ne peut se dire aujourd'hui à l'abri de ce problème.
Quelle est alors la situation au Burundi ?

5.2. La drogue au Burundi

La consommation de la drogue et en particulier du chanvre indien ne date pas d'aujourd'hui. Le chanvre à fumer appelé aussi le cannabis Sativa L. pousse au Burundi, mais il était dans le temps utilisé comme plante médicinale pour les bovidés contre les maladies appelées «UMUYAYA» ou encore «NZERERE».

Bien qu'il était connu, celui qui le fumait était marginalisé considéré comme un «fou». Il était déconsidéré et craint par son entourage pour son agressivité. Ainsi, une loi a été promulguée le 22 janvier 1903, loi qui fixait les pénalités applicables aux usagers du chanvre indien.
Aujourd'hui, la consommation du chanvre indien et d'autres drogues est devenue très préoccupante au Burundi. D'après les Officiers de la Police Judiciaire (OPJ)

---

[43] NAHAS, G., cité par RICHARD, D., Les drogues, Flammarion, 1995, p.11
[44] RICHARD, D. , op.cit, p.12
L'essentiel des informations sur la production, le trafic et la consommation de la drogue dans le monde nous a été fourni par : Drogue, dépendance et interdépendance , Conférence internationale, Centre européen pour l'interdépendance et la solidarité mondiales, Lisbone,1986.

de la cellule anti-drogue de Bujumbura, les raisons de cette consommation des stupéfiants au Burundi sont nombreuses. Nous pouvons relever entre autres raisons :

- Le désœuvrement ;
- Le chômage ;
- Les conflits familiaux ;
- l'environnement malsain ;
- la dégradation des valeurs morales et culturelles ;
- les difficultés économiques etc....

Les saisies du chanvre indien faites de 1996 à 1999 témoignent de l'ampleur de plus en plus inquiétante du trafic et de l'usage de cette drogue. En effet, selon un O.P.J. de la cellule antidrogue de Bujumbura, les saisies annuelles depuis 1996 jusqu'au 1999 sont estimées à une tonne (1 T) de chanvre à fumer.

Malgré cette intensification du trafic et de l'usage de la drogue les pouvoirs publics n'ont jamais cessé de prendre des mesures répressives à leur endroit. A cet effet, nous rapportons le contenu de la loi du 10 mars 1917[45] régissant les produits toxiques particulièrement le chanvre indien au Burundi.

1. La culture, la vente, le transport et la détention du chanvre à fumer sont interdits. La même interdiction s'applique à l'usage de ce chanvre, soit en le fumant, soit en le consommant de toute autre manière.

2. Pendant un délai de quinze jours après la mise en vigueur de la présente ordonnance les intéressés seront admis à déclarer les champs de chanvre en culture et à présenter au chef de poste le plus voisin le chanvre qu'ils auraient en leur possession, moyennant quoi la valeur en sera payée après destruction de chanvre récolté.

3. Les infractions à la présente ordonnance-loi seront punies d'une amende de cent mille francs Burundi (100.000 FBU) et d'une servitude pénale de quinze jours, à une année (1 an) ou de l'une de ces peines seulement, la destruction des cultures sera ordonnée et la confiscation du chanvre saisi sera prononcée. Les instruments quelconques destinés ou ayant servi à fumer du chanvre ou à le consommer de quelques façons que ce soit, seront saisies et confisquées.

4. Les chefs du village seront solidairement responsables du paiement des amendes et des frais résultant des condamnations prolongées à moins, qu'ils n'aient prévenu l'autorité des infractions à la présente ordonnance commises dans les villages où s'exerce leur suprématie.

---

[45] Mesure contre l'usage de fumer le chanvre. B.O. 1903, p.36 Modifié par l'A,R. du 10 mars 1907, B.O., p.68 applicable au Burundi en vertu du D. du 09 juin 1929, B.O. p.16 in Codes et Lois du Burundi, p.185.

5. Il sera pourvu d'office par l'autorité et aux frais des contrevenants à la restriction des plantations faites en violation de la loi.

6. Le chanvre confisqué sera détruit conformément à l'article 2 de l'arrêté du 8 mai 1899.[46]

On voit que cette ordonnance-loi essaie de toucher tous les aspects de la drogue notamment sa consommation, son trafic et même sa production. Mais force est de constater que les pénalités y relatives n'ont pas pour autant poussé les gens à rompre avec son trafic.

Outre la consommation du chanvre à fumer, nous assistons actuellement à un phénomène de polytoxicomanie impliquant d'autres produits tels que le LSD 25,le diazépam etc. Ainsi, compte tenu du fait que la consommation de la drogue est punie par la loi, il est normal que les usagers se choisissent des endroits très discrets et difficilement accessibles à toute personne étrangère à leur groupe. Ceci fait qu'il est actuellement difficile d'avoir des données statistiques sur la consommation de la drogue au Burundi.

Néanmoins, les spécialistes en la matière ont pu établir les principales drogues consommées au Burundi et leurs effets physiques et psychosociaux. Il s'agit notamment du cannabis, des médicaments psychotropes ainsi que de l' héroïne (Brown Sugar).

En effet, la liste des drogues illicites consommées au Burundi est longue. Avec la mondialisation, certaines drogues longtemps inconnues ont fait leur apparition dans la ville de Bujumbura. Le cannabis entraîne essentiellement une déchéance physique et sociale par la démotivation qui conduit souvent à l'abandon du travail et la déscolarisation.

Dans la catégorie des médicaments anxiolytiques, nous avons notamment les Benzodiazépines (sédatifs) qui sont détournés de l'usage thérapeutique pour rechercher certains de leurs effets secondaires ou sédatifs. Ces médicaments sont utilisés dans les services hospitaliers pour soigner l'anxiété et l'insomnie. Les toxicomanes les prennent pour provoquer un état d'ébriété et de somnolence, un effet sédatif et anxiolytique avec mise à distance de la crainte de la punition.

Notons qu'à dose importante, les Benzodiazépines entraînent la confusion mentale, les troubles de la mémoire ou même un coma par atteinte des centres respiratoires et la mort survient en l'absence de réanimation.

---

[46] L'A.R. du 08 mai 1899 a été abrogé par l'ordonnance du 24 août 1916 remplacé à son tour l'O.R.L. n° 11/251 du 19 septembre 1960.
Référence : Codes et Lois du Burundi, p.187.

Comme le précise BARANCIRA S. :

> ***« Ces produits circulent d'autant plus facilement que le marché noir des médicaments est florissant suite à l'incohérence de la politique nationale du médicament et à la pénurie en produits pharmaceutiques, à leur coût exorbitant dans les officines »[47].***

En plus des fins thérapeutiques et sédatives recherchés dans ces produits, certains les utilisent pour des buts criminels notamment les violeurs et les voleurs.

En dernière position des principales drogues consommées au Burundi, nous pouvons citer l'héroïne, communément appelé «mugu ». L'héroïne est sans doute la drogue la plus dangereuse en circulation dans la ville de Bujumbura et dans les centres urbains du Burundi comme le signale Dr BARANCIRA S.

La ville de Bujumbura servait de transit à destination de l'Europe pour cette drogue en provenance de l'Asie jusque récemment vers les années 1980.

Cette drogue est fortement consommée dans les quartiers de la ville de Bujumbura notamment les quartiers de BUYENZI, BWIZA, NYAKABIGA, ROHERO, NGAGARA, Q. ASIATIQUE. Pour ce qui est de ses effets, l'héroïne provoquerait un plaisir brutal avec une sensation de « planer » dans un monde sans problème lors de la prise. L'héroïne entraîne très rapidement un état de dépendance chez le consommateur. Elle impose un mode de vie particulier qui débouche le plus souvent vers la prison, l'inadaptation sociale ou la délinquance. Pour éviter de ressentir les effets du manque, l'héroïnomane va passer le plus important de son temps à rechercher à se procurer sa drogue.

Les complications psychosociales de toutes ces drogues sont presque les mêmes d'autant plus qu'on assiste actuellement à une polyintoxication associant plusieurs drogues. Nous avons ainsi comme symptômes psychosociaux, un désintérêt, retrait social, égocentrisme, indifférence vis-à-vis de la vie socio-familiale.

---

[47] BARANCIRA, S. , Exposé sur « les principales drogues consommées au Burundi et leurs effets physiques et psychosociaux » à l'occasion de la journée internationale de lutte contre la drogue, 26 Juin 2000, centre islamique, Bujumbura.

CHAP. III. APPROCHE PSYCHOSOCIALE DE LA TOXICOMANIE

Au cours de ce chapitre, nous allons passer en revue l'évolution de la conception de toxicomanie dans le temps et quelques modèles explicatifs du phénomène.

III.1. Evolution de la conception de la toxicomanie

Durant le dernier siècle, la conception de la toxicomanie est passée d'un modèle moral à un modèle médical que vient maintenant enrichir le modèle psychosocial.

En effet, le modèle moral considère le toxicomane comme un hédoniste choisissant la voie facile du plaisir. Il convient de préciser que l'hédonisme est défini comme étant la recherche du plaisir par investissement de la libido sur certaines parties du corps au cours du développement normal de l'enfant. Ajoutons que cette conception est liée à la notion religieuse du péché et justifie de ce fait une action sociale répressive à l'encontre des consommateurs de drogue.

Par la suite, le modèle médical s'est développé en réaction à l'aspect punitif du modèle moral. Le toxicomane est considéré comme porteur d'une prédisposition innée à la dépendance aux drogues et est considéré comme un «malade ». La perception de la toxicomanie a évoluée dans le temps en quatre étapes comme le montre LALANDE et al.[48]

1° La toxicomanie perçue comme un acte immoral ayant entraîné la marginalisation des toxicomanes ;

2° La toxicomanie perçue comme une délinquance, d'où l'issue du toxicomane était la prison ;

3° La toxicomanie perçue comme une maladie (OMS) d'où la déculpabilisation du toxicomane, ce qui l'a rendu passif dans certains cas ;

4° La toxicomanie perçue comme un mode de vie.

Plusieurs chercheurs se sont intéressés au phénomène de la drogue afin de trouver des solutions efficaces vu la complexité même du phénomène.

Ainsi, pour le psychologue ou le spécialiste de comportement, c'est l'individu qui est extrêmement complexe et variable. Dans cette conception, il n'y a pas d'explications ni d'actions qui puissent être valable si on ne tient pas compte de cette complexité et de cette variabilité humaine.

---

[48] LALANDE et al. Psychiatrie clinique : une approche bio-psychosociale, Montréal, Canada, p.174.

C'est dans cet ordre d'idées que plusieurs théories ou modèles ont été formulés pour tenter de donner une explication à la dépendance toxicomaniaque.
Nous allons relever certaines théories ou modèles pour expliquer davantage la conception psychosociale de la toxicomanie.

III.2. Modèles explicatifs de la toxicomanie

Sans prétendre ici établir une revue exhaustive des théories de la toxicomanie, voyons plutôt brièvement quelques unes d'entre elles pour souligner à la fois leur diversité et les implications que de tels modèles explicatifs ont pour la mise en œuvre des moyens thérapeutiques, la définition de leurs objectifs et l'évaluation de leur efficacité.

III.2.1. La théorie familiale de la toxicomanie

Un préalable important à l'approche familiale est de considérer que la toxicomanie est un symptôme que l'on ne peut comprendre qu'en le reportant au contexte responsable de son apparition comme de sa persistance. Le contexte ici étant le dysfonctionnement familial.

A ce propos ERIC F. et France L. ajoutent que :

> ***« Le symptôme remplit une fonction qui dépasse l'individu qui en est porteur et il se peut que des membres de la famille aient un investissement dans la persistance de ce symptôme »[49].***

Il en résulte que si le système familial plus large qui a donné naissance à la toxicomanie de l'un de ses membres n'est pas inclus dans le système thérapeutique, le sujet risque, même si son état s'améliore pendant la durée du traitement, de retomber dans la toxicomanie dès qu'il regagnera son milieu familial. C'est ici alors que la place de la famille est primordiale dans le traitement du toxicomane. Ce modèle implique que l'amélioration du sujet toxicomane engage aussi la famille pour éviter un risque élevé de rechute car comme le soulignent à juste titre ERIC et FRANCE :

> ***« Il est capital de voir que la toxicomanie du sujet jeune est un mode de résolution paradoxal de la problématique familiale de cohésion-séparation »[50].***

Dans la plupart des familles des toxicomanes, on remarque que les symptômes du toxicomane donnent à tous les membres de la famille l'illusion d'une individuation puisque le sujet dysfonctionnel appartient au monde culturel des

---

[49] ERIC, F. et France, L., La toxicomanie vers une évaluation de ses traitements, Paris, INSERM, 1989, p.65

[50] ERIC , F. et France, L., Op. cit, p.66

toxicomanes qui est différent de celui des « autres » non dépendants. Partant, il défie les valeurs morales de son milieu d'origine et se comporte de façon apparemment autonome, indépendante et séparée.

Les conséquences de l'approche familiale de la toxicomanie sont évidentes notamment pour les interventions thérapeutiques car on doit inclure le contexte familial qui est parfois complexe. Si la toxicomanie d'un jeune n'est que le symptôme d'un dysfonctionnement familial, alors, le sujet du traitement n'est plus l'individu pris isolement, mais bien les partenaires sociaux dont il est issu. Signalons toutefois que ceci n'implique pas forcément que tous les membres d'un système familial soient présents lors d'une intervention thérapeutique. De toute façon, le changement, c'est-à-dire la guérison ou la disparition du symptôme, ne saurait survenir qu'avec une transformation du système familial.

III.2.2. Perspective psychanalytique sur la toxicomanie

Les toxicomanes occupent une place assez particulière dans l'œuvre de Freud. Et si la psychanalyse peut s'attacher à la compréhension des toxicomanies, ce n'est que par la prise en compte de la place qu'occupent les signifiants de la drogue dans le discours d'un patient donné mais aussi par la force à la résistance aux douleurs physiques qu'elles - ces drogues - procurent au consommateur.

Si nous nous référons en effet aux textes qui en traitent explicitement, nous aurons surtout quelques fragments tel :

> ***« ... les plus intéressantes méthodes de protection contre la souffrance sont encore celles qui visent à influencer notre propre organisme(...), la plus brutale, mais aussi la plus efficace des méthodes destinées à exercer pareille influence corporelle est la méthode chimique, l'intoxication. Je crois que personne n'en pénètre le mécanisme, mais c'est un fait que, pour leur présence dans le sang et le tissu, certaines substances étrangères du corps nous procurent des sensations agréables immédiates, et qu'elles modifient aussi les conditions de notre sensibilité au point de nous rendre inaptes à toute sensation désagréable (...) on ne leur doit pas seulement une jouissance immédiate, mais aussi un degré d'indépendance ardemment souhaité à l'égard du monde extérieur »[51].***

Il existe divers travaux sur l'approche psychanalytique de la toxicomanie. Mais d'une façon générale, l'approche psychanalytique considère le comportement toxicomaniaque comme une disposition effective particulière de l'individu à recourir à des substances ayant un effet psychotrope, disposition qui résulte des défauts dans l'organisation du Moi et des perturbations du narcissisme. De cette façon, le symptôme toxicomaniaque devient alors un mode d'organisation particulier de l'individu qui supplante les mécanismes adaptatifs plus habituels

---

[51] FREUD, S., Malaise dans la civilisation, Paris, P.U.F.,1971, pp.22-23.

que sont la formation de symptômes névrotiques ou de traits de caractère particuliers.

A ce sujet écoutons ce que nous en disent ERIC F. et FRANCE L. :

> ***« La lutte contre les émotions désagréables, l'anxiété ou la dépression trouve chez le toxicomane une issue particulière, puisque les affects sont peu mentalisés, laissant place à une impression de malaise corporel intense où les sensations somatique sont au premier plan »***[52].

A cet effet, le toxicomane recherchera une substance externe protectrice, toute puissante dont il dépend complètement pour maintenir son angoisse à un degré tolérable.

Dans la même logique, les causes de la toxicomanie ont été rapportées par certains psychanalystes à des perturbations précoces de la relation mère-enfant. Néanmoins, la plupart des psychanalystes ayant étudié des toxicomanes reconnaissent qu'il n'y a pas de structure psychique spécifique de la toxicomanie.

En d'autres termes, la toxicomanie peut s'observer chez des sujets des structures psychiques très différentes. Cependant, la plupart des descriptions que les psychanalystes donnent de la personnalité des toxicomanes se réfèrent à la notion d'état limite ou d'organisation « border line ». Précisons que cette notion implique la possibilité d'une continuité entre les organisations psychotiques et névrotiques. Ainsi, FRANCE, L et ERIC, F définissent cette notion d'état limite comme suit :

> ***« L'« état-limite » est une position intermédiaire où des mécanismes de défense typiquement psychotiques se juxtaposent à des mécanismes plus proprement névrotique (refoulement, isolation, déplacement) et où la soumission du principe de réalité demeure acquise »***[53].

On se rend compte que la consommation de la drogue conduit à des états mentaux très divers où la névrose toxicomaniaque peut mener jusqu'à la toxicomanie psychotique (ceci sera développer au point de la classification des toxicomanes). Nous devons préciser que pour cette approche psychanalytique de la toxicomanie, des psychothérapeutes ont tenté d'y apporter une solution.

Contrairement donc au devin, le psychothérapeute n'a pas de solution toute faite à prescrire au malade qui, souvent n'est pas réellement un patient mais un sujet en difficulté ou un individu à problème. Alors que le devin a une « recette magique » à tous les problèmes de son client et dont il se fait le seul détenteur,

---

[52] ERIC, F. et France, L., op.cit,. p.67
[53] Ibidm

le psychologue lui, le spécialiste des psychothérapies oriente le client pour qu' il soit en mesure de trouver lui-même la solution à son problème. Comme le précisent HERMANN P et HAYNAL A parlant à propos des psychothérapies :

> ***« Les psychothérapies sont des aménagements variés et souvent éloignés de modèle de cure analytique type, mais où le thérapeute se fonde sur l'analyse de transfert comme élément de changement principal »[54].***

En effet, une revue de la littérature concernant les travaux psychanalytiques sur la toxicomanie rend compte des conceptions théoriques fort divergentes étant donné que la toxicomanie a une étiologie diverse. Mais la cible commune des traitements psychanalytiques issues de toutes ces conceptions se ramène à la modification du fonctionnement mental du sujet.

III.2.3. Modèle psychosocial de la toxicomanie

Dans la perspective psychosociale, l'usage de la drogue est considéré comme étant une forme de comportement présentant tous les caractères propres à tout comportement humain. Ainsi, dans cette vision, on s'intéresse à la signification et à la fonction de l'usage de la drogue pour l'individu étant donné que l'usage de la drogue est un comportement qui, comme tout autre comportement ne persisterait pas s'il ne remplissait pas une certaine fonction pour l'individu.

En effet, dans le modèle psychosocial de la toxicomanie, c'est à l'individu qu'on tend à donner la place la plus importante d'agent actif dans l'équation drogue-individu-contexte. c'est l'utilisateur plutôt que les substances pharmacologiques qui constitue le facteur complexe, dynamique et c'est surtout à son égard qu'il convient d'intervenir pour une intégration sociale.

Nous venons de résumer trois modèles explicatifs de la toxicomanie, mais nous n'ignorons pas qu'il en existe d'autres. Nous avons simplement voulu insister sur l'aspect psychosocial du phénomène et montrer que le modèle explicatif choisi, n'importe lequel n'était pas sans influencer l'approche thérapeutique.

En effet, si l'on considère que la toxicomanie relève surtout d'un trouble de la personnalité, d'un dysfonctionnement du système familial ou bien encore de réponses conditionnées à des renforcements positifs et/ou négatifs (modèle psychosocial) venant des produits toxiques utilisés ainsi que de l'environnement social alors il en découle des choix thérapeutiques particuliers qui peuvent être davantage fondés sur une approche psychothérapique (individuelle ou de famille) ou une approche psychologique et sociale (visant à éteindre ou diminuer le comportement toxicomaniaque par l'instauration de multiples renforcements). Finalement ce qui compte n'est pas tant la validité a priori de ces modèles

---

[54] HERMANN, P., HAYNAL, A., L'Evaluation des effets des psychothérapies, Encyclopédie médico chirurgicale Psychiatrie, Paris, 1987, p.2.

explicatifs mais leur capacité à permettre de proposer des actions thérapeutiques précises. Celles-ci visent à aider ou soigner le toxicomane en modifiant les éléments du sujet ou de son environnement qui sont des facteurs étiologiques de la toxicomanie ou plus simplement des agents responsables de son maintien. Quoi qu'il en soit , nous pensons que l'individu toxicomane reste au centre du processus thérapeutique. Il en découle donc que les aspects psychologiques de la dépendance à la drogue méritent une attention particulière.

III.3. Les aspects psychologiques de la dépendance

Du point de vue psychologique, la dépendance serait comprise comme une tentative de satisfaire un besoin affectif interne chez le sujet.

Pour corroborer cette idée, écoutons ce que nous en disent I.PEL C et al. :

> ***« On peut assimiler la dépendance à une tentative de régulation d'un conflit interne survenu à partir des exigences de certains besoins affectifs et de l'impossibilité de satisfaire ces besoins autrement que dans le comportement toxicomaniaque »[55].***

Ce besoin est ressenti comme un état de tension (état de manque) induisant la recherche de satisfaction liée à la relation à l'objet spécifique (drogue) indispensable à la satisfaction. Dans cette situation, le sujet dépendant est souvent incapable d'une élaboration fantasmatique et, pour apaiser la tension, il va rechercher et consommer la drogue. La prise répétée des drogues va affaiblir le niveau psychique du sujet et par conséquent rabaisser le niveau de résistance aux conflits

I. PEL C et al. nous en disent plus :

> ***« Si le corps apparaît souvent au premier plan, il est avant tout utilisé dans le comportement comme une traduction de celui-ci. Quant au mental, il fonctionne davantage sur un mode de pensée magique que sur un mode de pensée rationnelle négligeant ainsi la présence de la réalité et d'un environnement au profit des substances extérieures à puissance magiques, remèdes aux maux affectifs profonds »[56].***

A cet effet, la conséquence sera le passage du principe de réalité au principe du plaisir qui consiste à exiger et à obtenir tout , tout de suite et n'importe comment.

---

[55] PELC, I. et al.; Les Assuétudes, abus et états de dépendance Alcool, tabac, Médicaments, drogues, Ed. de l'Université de BRUXELLES, 1983, p.237

[56] PELC, I. et al. ; op.cit, p.238

Nous pensons qu'il serait plus opportun pour la compréhension globale du phénomène de dépendance, de passer en revue les caractéristiques psychologiques communes aux individus dépendants :

- En premier lieu, le toxicomane privilégie davantage comme mode d'expression de sa personnalité le registre comportemental. Chez lui, le registre mental est moins utilisé.
- En second lieu, le toxicomane se caractérise par une régression pulsionnelle partant de la libido (envie, désir) vers l'agressivité. De plus, il transforme ses relations tournées vers l'extérieur en relations autocentrées et son agressivité en auto-agressivité.
- Une troisième difficulté du toxicomane est la précarité de ses capacités identificatoires.

En effet, selon PELC I., les toxicomanes s'enferment dans un espace clos où ils perdent peu à peu la notion de double statut de l'autre dans l'égalité et la différence (Alter-Ego). Dans toute relation, il existe des ressemblances et des différences qui entraîneraient une hiérarchie de pouvoir, avec des faibles et des forts dans cette relation. Mais chez le toxicomane, s'identifier serait devenir le persécuteur ou le persécuté, d'où alors il y a refus d'identification.

Cette idée est soulignée par FRANCE et ERIC lorsqu'ils disent que :

> ***« Chez le toxicomane, les relations avec des supposés semblables tournent court en faisant place à un vide intérieur qui oblige à renouer pour éviter la solitude, puis à rompre à nouveau... »***[57].

- En quatrième lieu, contrairement à ce que l'on croit, les capacités imaginaires des toxicomanes sont très réduites tout comme celles des déprimés, des suicidaires et des caractériels en général. Il existe une inhibition de leur imaginaire bien avant la première prise. Les chercheurs en ce domaine affirment que le registre symbolique chez le toxicomane demeure peu accessible, d'où la recherche d'excitateurs de l'imaginaire. Autrement dit, le toxicomane cherche des produits toxiques pour donner ou stimuler ses zones d'imagination. D'où consommation des drogues comme « excitateurs » d'imagination.

En somme, nous pouvons relever les facteurs communs à la dépendance qui sont notamment :

1°. L'attrait du « magique » et de « l'extérieur » comme remèdes aux difficultés affectives profondes d'un sujet.
2°. L'utilisation quasi exclusive de l'agit comportemental.
3°. La carence de la création relationnelle imaginaire et ses conséquences quant aux déficits identificatoires et à la régression pulsionnelle.

---

[57] FRANCE L et ERIC F, op. cit., p.95

Il faut ajouter aussi que la dépendance dans bien des cas est recherchée en fonction d'une tentative de réaliser dans le comportement une défense contre les failles du fonctionnement de la structure de la personnalité. Derrière cette défense causée par cette faille se trouve la perte de relation avec les autres, la dépression et la mort. Des troubles de la personnalité s'observent dans bien des cas des toxicomanes. D'où certains auteurs relient la toxicomanie à la psychopathologie.

III.4. Psychopathologie et toxicomanie

Il est admis depuis longtemps que l'incidence des modifications psychopathologiques est élevée chez les toxicomanes. Plusieurs études ont successivement attiré l'attention sur les troubles de l'humeur, la fréquence de l'alcoolisme et surtout, sur la présence des troubles de la personnalité de type psychopathique chez ces sujets. Les connaître a pour intérêt de permettre d'associer aux thérapeutiques symptomatiques de la toxicomanie des traitements plus spécifiques adaptés aux troubles psychiques des sujets et partant leur permettre une réinsertion sociale dans leur environnement. Ici, nous ne faisons que mentionner les complications psychiatriques de la toxicomanie, pour enfin centrer notre intérêt sur la relation inverse qui peut exister entre psychopathologie et toxicomanie.

III.4.1. La psychopathologie comme facteur associé à la toxicomanie

De nombreux travaux ont tenté d'identifier une personnalité caractéristique des toxicomanes. Dans plusieurs études, des héroïnomanes ont été décrits comme plus anxieux, plus impulsifs, plus agressifs et plus immatures. Pour France (L) et ERIC (F) :

> ***« Les toxicomanes tendent à avoir des scores plus élevés sur la majorité des composantes du profil, particulièrement pour les échelles « dépression » et « manie » »[58].***

Ceci laisse entendre que dans le vécu du toxicomane, la dimension psychopathique est mise en évidence dans bien des cas. Des troubles de l'humeur sont encore les plus fréquents, ainsi que l'alcoolisme, la personnalité antisociale et les troubles anxieux.
Toutefois, on ne peut pas définir une personnalité toxicomaniaque type. Néanmoins, ils nous est opportun de relever quelques traits caractéristiques du comportement toxicomaniaque. Nous avons notamment :

- l'oralité,
- la déviation sexuelle,
- la tendance aux masochismes,
- la carence identificatoire avec tendance à la marginalité,

---

[58] FRANCE L et ERIC F, op. cit., p.95

- une intolérance aux frustrations,
- une compulsion à assouvir le désir.

Aussi la toxicomanie peut revêtir une signification d'autopunition.

Par ailleurs, la question du psychisme des toxicomanes ou du moins la relation de la psychopathologie à la toxicomanie a été un sujet d'étude chez les psychanalystes. Ainsi, selon Bergeret et al. (1981) : la toxicomanie est un comportement qu'on peut trouver dans différentes organisations psychiques de nature névrotique, psychotique ou limite.

Ainsi, chez les toxicomanes, on remarque une primauté de l'agir sur l'idéation et du principe du plaisir sur celui de réalité, ainsi que les difficultés identificatoires comme nous l'avions signalé plus haut.

En somme toutes ces caractéristiques cliniques souvent diversifiées peuvent expliquer les difficultés techniques que comporte la prise en charge psychothérapeutique de ces patients, et la nécessité de modifier le cadre thérapeutique qui, lui aussi constitue une forme de réintégration sociale. Autrement dit, l'efficacité d'une prise en charge dépendra d'une bonne intégration de l'équation drogue-individu-contexte, tout en précisant que cette équation drogue-individu-contexte, n'est pas toujours identique chez tous les cas, car les toxicomanes se rencontrent dans plusieurs types de personnalité comme certaines classifications le laissent voir.

III.4.2. Classification des toxicomanes

Si l'on analyse les structures de la personnalité en rapport avec la toxicomanie, les études ont montré, qu'il n'existe pas de structure d'organisation de la personnalité spécifique à la situation de dépendance. Mais cette dépendance peut se rencontrer chez trois grands groupes d'individus en rapport avec la psychopathologie à savoir :

- les toxicomanes psychotiques
- les toxicomanes névrotiques
- les toxicomanes psychopathes.

a. Les toxicomanies psychotiques

La psychose est une maladie mentale extrêmement grave caractérisée par la perte du contact avec le réel et l'altération foncière du lien interhumain, cause d'une inadaptation sociale du sujet. Contrairement au névrosé conscient de ses difficultés personnelles, le psychotique ignore ses troubles. S'isolant du monde extérieur trop frustrant, il se crée un univers privilégié qu'il façonne à sa guise et dans lequel il est tout puissant.

Nous l'avons déjà dit plut haut, les toxicomanes ne parviennent pas à dominer leur angoisse qu'ils traduisent par des passages à l'acte pulsionnel.

Certains sujets présentent en plus de leur « toxicomanie » des symptômes de dissociation de « clivage » (terme qui renvoie à l'aliénation). Il y a lieu de se demander si le malade psychotique ne recours pas à la drogue pour tenter d'échapper à ses angoisses de dissociation. Ainsi, comme le signale M.HANUS dans psychiatrie intégrée de l'Etudiant :

> ***« le plus souvent, ces sujets, c'est-à-dire les toxicomanes psychotiques, ne se présentent pas comme de vrais toxicomanes car l'usage de drogues et leurs effets passent assez vite au second plan derrière les perturbations de la personnalité »[59].***

Tantôt ils sont sans lendemain, réalisant une simple bouffée délirante toxique, tantôt ils marquent l'entrée dans une authentique schizophrénie.

b. La névrose toxicomaniaque

La névrose est un trouble mental qui n'atteint pas les fonctions essentielles de la personnalité. Ce terme caractérise l'angoisse, les obsessions, les phobies, l'hystérie. Le sujet névrosé est en proie à un conflit intérieur inconscient qu'il ne parvient pas à dominer car il ne connaît pas la cause de son mal être.

Abordant la question de la névrose en rapport avec la toxicomanie, Dr OLIEVENSTEIN, précise que :

> ***« La névrose toxicomaniaque résulte de la rencontre d'une organisation névrotique de la personnalité avec une substance engendrant la toxicomanie »[60].***

Ces toxicomanes névrotiques présentent à la fois des traits anxieux notamment l'angoisse à la moindre sensation somatique nouvelle, des crises d'angoisse avec agitation. Ils ont aussi des traits hystériques entre autre le théâtralisme. Contrairement aux toxicomanes psychotiques, les toxicomanes névrotiques sont plus ouverts à une action psychothérapique car leur personnalité n'est pas altérée.

c. Les toxicomanes psychopathes

Selon le Dictionnaire de Psychologie, la psychopathie :

> ***« Est un état mental pathologique qui s'applique surtout aux déviations caractérielles (l'affectivité, l'émotivité) entraînant des conduites antisociales »[61].***

---

[59] HANUS, M., op.cit p.88
[60] OLIEVENSTEIN, C., op.cit p.73
[61] SILLAMY, N., op.cit, p.18

D'après les études faites, ces sujets toxicomanes psychopathes sont les plus nombreux et les plus typiques. On retrouve chez eux de nombreux traits du déséquilibre psychique notamment :

- la dysphorie
- l'impulsivité
- le masochisme et les troubles du caractère et du contact.

Il convient de souligner que tous les psychopathes ne sont pas des toxicomanes, mais tous présentent des tendances toxicophiliques qui sont particulièrement évidentes dans leurs comportements vis-à-vis de l'alcool.

Rappelons aussi que cette structure psychologique se caractérise par une grande instabilité du comportement, une facilité au passage à l'acte, et surtout une inadaptation au monde social, qui, en somme, font souffrir l'entourage par des conduites délinquantes. Le toxicomane psychopathe transgresse volontiers la loi et c'est par ici qu'il constitue un danger pour la société.

Nous avons déjà souligné dans les pages précédentes la complexité de la forme ambiguë de transgression qui est la toxicomanie. Il s'agit à la fois de conduites compulsionnelles névrotiques qui visent à atténuer l'angoisse du sujet et d'un passage à l'acte puni par la loi.

Le sujet qui consomme des drogues ne se conforme pas à la loi, aux règles sociales, car il éprouve des difficultés d'adaptation au monde qui l'entoure. Un manque d'intérêt pour la vie, une trop grande passivité devant le groupe, une violence intérieure ou une grande agressivité peuvent être à l'origine de cette conduite asociale.
Reprenant CURTET , MAYA CHAMI précise que :

> ***« Au début, il y a l'angoisse, ou tout au moins une morosité, un ennui mortel, un désenchantement, voire un désespoir »[62].***

Le besoin, le manque, la dépendance sont des mots qui évoquent la relation de la mère avec le nourrisson. Ces mêmes mots caractérisent l'état d'un toxicomane. Alors une question se pose : le toxicomane serait-il un être dont le développement affectif a été interrompu ?

Des chercheurs en ce domaine semblent s'accorder à la probabilité de cette hypothèse, puisque toutes les études faites sur ce sujet confirment l'absence de maturité des individus toxicomanes traités et la fragilité de leur personnalité. Pour ce qui nous concerne, nous pensons que cette hypothèse est à prendre avec réserve car la toxicomanie revêt plusieurs étiologies. Le manque de maturité ne serait pas la seule cause qui expliquerait la conduite toxicomaniaque.

---

[62] MAYA, CH. ; op.cit p.74

A travers ces considérations sur la drogue et la toxicomanie, il est intéressant de noter que le toxicomane est dans la plupart des cas un marginal, un déviant, un délinquant... si bien qu'il n'est plus intégré dans sa société. Sa réintégration constitue une ultime étape que doit viser tout traitement de la toxicomanie. Il convient de noter néanmoins que même si le toxicomane n'est pas intégré dans sa société, il est intégré dans son groupe de toxicomanes. De ce point de vue , il s'avère que la notion d'intégration sociale et partant celle de la réintégration couvre des aspects qui méritent d'être clarifiés pour la bonne approche de la réintégration socioprofessionnelle des anciens toxicomanes.

CHAP IV : LA NOTION DE REINTEGRATION

L' intoxication permanente entraîne le toxicomane dans le cercle infernal de la dépendance. Et la poursuite de l'usage de la drogue induit dans la grande majorité des cas à un mode d'existence particulier de la personne où une marginalisation sociale est sans doute l'aspect le plus inquiétant.

A cet effet, l'aide au toxicomane devra inclure non seulement une désintoxication physique, mais aussi une rééducation pour une reprise d'autonomie réelle, l'acquisition de la capacité de plaisir « normal » et plus généralement des autres compétences sociales qui doivent pouvoir s'affirmer en dehors de toute prise de drogue.

Au cours du présent chapitre, nous allons développer les différents mécanismes mis en place pour réintégrer l'ex-toxicomane dans son environnement social. Mais faisons d'abord ressortir ce que nous entendons par le concept d'intégration.

IV.1. Le concept de l'intégration.

On ne pourrait pas parler de réintégration sans parler d'intégration car réintégrer c'est intégrer de nouveau. Ainsi, au cours de ce chapitre nous nous baserons sur le concept d'intégration pour expliquer le concept de réintégration.

En effet, le concept d'intégration doit être éclairci parce que notre travail s'articule essentiellement autour de la réintégration. Néanmoins, parler d'intégration à la société en général est équivoque.

> « ***on ne peut pas parler des conditions de l'intégration, ni de la mauvaise intégration et de ses causes sans dire à quel niveau de la réalité sociale on se place. Chaque institution sociale : famille, entreprise, école etc.) a des manières particulières de lier ensemble les individus, de les intégrer les unes en se fondant sur les données de la nature et de l'affectivité rationnelle telle, l'entreprise »***[63].

Une précision s'impose alors pour ce travail. Au niveau de notre investigation nous nous référons à la famille burundaise d'abord dans ses dimensions restreintes, c'est à dire comment les membres de la famille accepte facilement leurs membres anciens toxicomanes. Ensuite à la communauté en général, c'est-à -dire les voisins, les amis de nos sujets, non pas dans le but de travailler avec tout le monde, mais de tenter de saisir ce qui a facilité ou à l'inverse ce qui a entravé leur intégration. Et enfin aux relations interpersonnelles dans le milieu professionnel.

---

[63] BIRON, H., Vocabulaire pratique des sciences sociales, Paris, Ed. Economique et humanisme, 1968, p.176

En effet pour fonctionner :

> ***« Tout système social qu'il soit institutionnalisé ou non, doit donner une solution au problème de l'intégration de ses membres »[64].***

Nous comprenons par-là que chaque système social doit se doter des mécanismes qui permettent à ses membres de s'y adapter et de s'y épanouir comme l'exprime bien ce passage :

> ***« A l'intérieur d'un groupe, l'intégration est l'ensemble des phénomènes d'interaction qui provoquent une accommodation et un ajustement réciproque et qui amène ainsi chaque membre à une conscience et à une identification avec le groupe »[65].***

En d'autres termes, cette accommodation et cet ajustement réciproques sont des formes d'adaptation des membres à leur environnement pour se conformer à ses exigences qui s'expriment sous forme de normes, d'habitudes et des modèles socioculturelles de conduite.

Ainsi, nous allons aborder trois aspects de l'intégration, à savoir :

- l'intégration psychologique
- l'intégration sociale et
- l'intégration économique. Soulignons qu'il s'agit d'un découpage purement méthodologique, si non les trois aspects de l'intégration sont liés.

1.1. L'intégration psychologique

Au niveau de l'aspect psychologique de l'intégration, nous nous intéresserons au sentiment d'acceptation et à celui de rejet qu'éprouve la personne ex-toxicomane qui quitte l'état de dépendance toxique caractérisé par l'absence totale d'une prise de conscience. Ayant repris la conscience, elle peut enfin s'installer dans un nouveau milieu de personnes « raisonnables ».

De ces sentiments découlent les perspectives d'avenir ou les aspirations de cette personne, son estime de soi compte tenu de son passé, de sa situation et des problèmes qu'elle rencontre (problèmes matériels et autres).

En outre, nous pensons qu'il est intéressant d'insister sur l'aspect du psychoaffectif dans la mesure où l'intégration psychologique suppose qu'il s'établisse entre les membres d'une communauté des liens affectifs sans lesquels l'ex-toxicomane ne saurait se réintégrer. Cette affectivité doit se faire manifester

---

[64] Ibidem, p. 176
[65] BIRON, H., op. cit., p.176

aussi chez la personne à réintégrer que chez le réintégrant, sinon la réceptivité sera entravée par conséquent la réintégration effective.

1.2. L'intégration sociale

L'intégration sociale est un ensemble d'actions et/ ou services permettant aux individus en particulier ceux ayant des problèmes dans la société, de les surmonter et de vivre paisiblement.

Pour le cas qui nous concerne, il s'agit de l'intégration sociale des ex.toxicomanes. Ainsi par l'intégration sociale nous voulons comprendre le volet relationnel ; c'est à dire la manière dont les voisins, les parentés et les amis ont accueilli la personne ex-toxicomane, qui vient de quitter soit la prison soit un autre lieu d'isolement pour motif d'intoxication permanente ou tout simplement qui vient d' abandonner cette pratique d'intoxication.

Nous voulons aussi saisir la façon dont la personne ex-toxicomane parvient à sauvegarder de bonnes relations avec les membres de la communauté dans laquelle elle est appelé à vivre après sa désintoxication.

1.3. L'intégration économique

L'intégration économique dont nous voulons parler, concerne la capacité qu' a une personne ex-toxicomane de s'autosuffir. Autrement dit, il s'agit de ses capacités à subvenir à ses besoins fondamentaux et participer à la vie sociale par des contributions à la vie de tous les jours. C'est ici qu'entrent en jeu les dimensions d'une réintégration professionnelle s' accompagnant d' une profession rémunératrice.

En somme, une bonne intégration suppose que l'individu puisse s'épanouir psychologiquement, socialement et économiquement. Néanmoins, une bonne intégration ne signifie pas que l'individu ne peut pas se désintégrer et dans ce cas, une réintégration est nécessaire. Comment pouvons nous alors comprendre la réintégration ?

1.4. La réintégration

La « réintégration » est un nom dérivé du verbe réintégrer. Et selon le dictionnaire Hachette, ce verbe signifie « rétablir quelqu'un dans la disposition de ce dont il a été dépouillé ». C'est donc une nouvelle intégration. Pour notre travail, nous considérons que l'ex-toxicomane a été dépouillé de ses facultés d'où une intégration sociale, psychologique, économique et professionnelle est une nécessité.

Ainsi, la réintégration consiste en une réinsertion active d'un individu dans la communauté. Elle implique une participation active de l'individu dans la redynamisation de sa vie et celle de la communauté. Cette réintégration peut se

mesurer au degré selon lequel le comportement de l'individu en question, c'est-à-dire ici l'ancien toxicomane, répond aux attentes de la collectivité.

A ce sujet, PARSONS qui, ayant étudié la réintégration en fonction de l'action et des rôles sociaux dans le groupe, oppose la réintégration formelle à celle réelle. En effet, il soutient que :

> ***« L'accomplissement des rôles définit la réintégration formelle alors que les dispositions et les motivations permettraient seules de définir la réintégration réelle »[66].***

Ceci laisse entendre que la réintégration dans une communauté que se soit sociale ou professionnelle, ne signifie pas seulement qu'on y accomplit des rôles. Elle exige qu'on y entre totalement pour faire partie intégrante de cette société.

La réintégration fait donc intervenir nécessairement des interactions entre les membres de la communauté. D'où la réintégration revêt un aspect psychoaffectif important.

IV.2. L'aspect psychoaffectif de la réintégration

A propos de l'affectivité, BARAGASIKA P, écrit la définition suivante.

> ***« l'affectivité se manifeste à travers des réactions du sujet face aux stimulations du milieu familial et social. Ces réactions peuvent être caractérisées par le plaisir ou le déplaisir. C'est également à travers les différentes émotions que l'on parvient à appréhender les aspects psychoaffectifs d'un individu »[67].***

PIERON quant à lui donne à l'affectivité deux dimensions :

1. ***« c'est la capacité individuelle à éprouver des semblables des sentiments et des émotions » .***
2. ***« c'est la réaction émotive généralisée des effets définis sur le corps et l'esprit »[68].***

Ici l'auteur utilise des termes vagues, difficiles à expliquer comme « émotion », « sentiments », ce qui rend la définition un peu floue.

En ce qui nous concerne, la psychoaffectivité est à considérer non seulement comme la capacité d'être affecté agréablement ou désagréablement par des stimulations extérieures, familiales ou sociales, mais aussi la capacité de donner une réponse à ces stimulations.

---

[66] PARSONS, Cité par BIRON, A., op. cit., p.175

[67] BARAGASIKA, P., : Etude de quelques aspects psychologiques liés au complexe d'œdipe. Chez les enfants des S.O.S du Burundi. Mémoire, FPSE, Bujumbura, 1996, p.9.

[68] PIERON, H., Vocabulaire de psychologie, PUF, Paris, 1957 p.14.

A notre avis, c'est justement dans la réponse que l'on peut comprendre l'état affectif du sujet ex-toxicomane qui a besoin d'une réintégration et appréhender ses capacités d' évoluer vers une réintégration effective.

La réintégration sociale est en outre à prendre comme processus consistant à rendre l'individu capable de faire face au situation de la vie quotidienne. Et comme la réintégration socioprofessionnelle des anciens toxicomanes fait l'objet de notre travail, nous pensons qu'il est opportun de préciser ce que nous entendons par réintégration. En effet par réintégration nous entendons le rétablissement d'un individu dans l'état de participation active à la vie normale de la collectivité, état qu'il avait jusqu'à un certain moment perdu.

Et plus concrètement, par réintégration socioprofessionnelle des ex-toxicomanes, nous voulons parler de leur rétablissement dans la vie normale d'avant leur prise de drogue afin qu'ils puissent participer à la vie normale collective. Précisons que pour certains auteurs, le terme réintégration est pris pour réinsertion et vice-versa. Ainsi, pour Petit Robert, réinsérer :

> ***« c'est insérer de nouveau, réintroduire, réinsérer les handicapés, des délinquants dans la société, réadapter »[69].***

Pour tous ces deux termes « réintégrer et réinsérer », c'est une remise en activités chez une personne qui avait perdu ses capacités fonctionnelles au sein d'une communauté donnée.

C'est ainsi que pour LAFFON, R.,

> ***« La réinsertion sociale est une remise dans la communauté active et libre de la cité et participation à la vie sociale générale d'un malade (totalement ou partiellement rééduqué) soit en le faisant encore bénéficier de mesures spéciales soit en l'intégrant au même titre que ceux qui n'ont pas eu besoin de mesures spéciales »[70].***

Toute société devrait donc se préoccuper de la réintégration ou réinsertion sociale de ses populations vulnérables et parmi celle-ci figurent les anciens toxicomanes. Que faut il alors entendre par réintégration ou réinsertion d'un ancien toxicomane ?

---

[69] PETIT, R., Dictionnaire Petit Robert, Paris, nouvelle édition, 1987, p.1649

[70] LAFFON, R, Vocabulaire de psychopédagogie et psychiatrie de l'enfant, Paris, P.U.F, 1963, p.324.

VI. 3. Réintégration ou la réinsertion socioprofessionnelle d'un ancien Toxicomane.

La dépendance à la drogue entraîne dans la plupart des cas le toxicomane dans un mode de vie qui s'écarte du mode de vie collectivement admis. Ceci va se matérialiser par le retrait du toxicomane du milieu tant familial, scolaire que socioprofessionnel. Néanmoins, la dépendance à la drogue n'est pas irréversible et son abandon est l'une des alternatives qui peuvent survenir dans la vie du toxicomane. Dès qu'il y a abandon, l'ex-toxicomane a besoin de retrouver le mode de vie « normal », ce qui n'est pas toujours facile. La réintégration ou la réinsertion socioprofessionnelle de l'ex-toxicomane consiste donc à ramener celui-ci à renouer avec le mode de vie familial, scolaire et/ou professionnel. Cette réintégration vise l'autonomie de l'ex-toxicomane envisagée essentiellement sous deux aspects :

- l'autonomie vis-à-vis de la famille : L'ex-toxicomane a besoin de s'épanouir dans sa famille ;
- l'autonomie professionnelle : Celle-ci permet à l'ex-toxicomane d'exercer de façon satisfaisante une activité génératrice de revenu, source d'une indépendance économique.

Notons que ce processus de réintégration socioprofessionnelle de l'ex-toxicomane dépend non seulement de son auto-perception, c'est-à-dire de l'image qu'il a de lui-même, mais aussi et surtout de l'image qu'a la société à son égard. C'est cette dernière qui détermine l'acceptation ou le rejet de l'ex-toxicomane. En effet, comme le précise André GAKWAYA :

> ***« La réinsertion peut être interprétée comme une acceptation par la société de la personne handicapée dans son unicité, non comme un poids lourd à supporter, mais comme une personne pouvant répondre à son épanouissement intégral. Cette réinsertion est l'aboutissement cohérent de tous les efforts réunis pour la libération de la personne handicapée. Ces efforts ressortent du domaine médical, paramédical, psychosocial et sociologique ».***[71]

Nous pensons que la personne toxicomane est dans une large mesure une personne à handicap étant donné que la drogue lui aurait amputé certaines de ses facultés dont il jouissait avant son intoxication.

Dans ce contexte, le processus de réinsertion socioprofessionnelle signifie pouvoir accéder à une vie décente, sortir d'une position marginale, pouvoir bénéficier des services d'un environnement adéquat et faire valoir ses opinions.

---

[71] GAKWAYA, A., Séminaire des Pays Francophones d'Afrique Centrale sur la réinsertion sociale des personnes handicapées, Kinshasa, 1981.

Au terme de ces considérations sur la drogue, la toxicomanie et la réintégration, nous pensons avoir éclairci les concepts clés. Nous ne prétendons pas avoir puiser tous les contours du phénomène de la réintégration socioprofessionnelle des anciens toxicomanes, nous avons seulement relevé les aspects pertinents de notre problème de recherche. Et pour être plus explicite ,nous allons poser clairement notre problème de recherche et nous assigner par conséquent les objectifs à atteindre.

II^{ème} PARTIE
CONSIDERATIONS METHOLOGIQUES

CHAP. V : PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

V.1. Problématique de la recherche

La toxicomanie est un défi pour l'humanité toute entière. Elle revêt des formes particulières suivant les sociétés mais elle reste fondamentalement la même. En ce qui concerne notre pays, nous assistons actuellement dans la ville de Bujumbura une délinquance juvénile qui prend des proportions spectaculaires. Celle-ci a comme corollaire la consommation de la drogue considérée comme moyen de fuir les difficultés existentielles auxquelles font face actuellement la plupart des jeunes barundais. En effet, ceux-ci sont à la merci des profondes mutations sociales qui s'accompagnent de la destruction du tissu familial. A ce propos J.P. ROSENZWEIG, parlant du phénomène de la délinquance liée à la destruction de la structure sociale, s'exprime en ces termes :

> ***« Certes, la profonde mutation qu'ont connu ces dernières années la structure familiale et le tissu social conduit trop souvent des enfants à être abandonnés très tôt à eux-mêmes, sans point de repère solides, incapables de se projeter dans l'avenir quand ils ne sont pas rejetés par le système éducatif dont ils n'ont pas perçus l'intérêt, sans formation ni qualification, livrés à la rue »*** [72]

Dans la rue, ces jeunes sont confrontés à des conditions socio-économiques insupportables. Ils sont livrés au désœuvrement, ce qui engendre tantôt le désespoir, tantôt la révolte. La drogue constitue le moyen fréquemment utilisé par les jeunes de la « rue » pour supporter ces conditions.

L'autre aspect de la destruction du tissu familial se remarque à travers la dégradation des valeurs traditionnelles notamment liée à la diminution de l'autorité parentale sur leurs enfants. En effet, la naissance des villes, les nouvelles conditions de travail ont imposé un nouveau mode de vie où les parents n'ont plus le temps suffisant pour s'occuper de l'éducation de leurs enfants. Ceux-ci sont de plus en plus laissés à eux-mêmes ce qui les prédispose à adopter les comportements de ceux avec qui ils sont régulièrement en contact. C'est dans ce cadre que s'inscrit le développement de la consommation de la drogue sur les fameux lieux de rencontre des jeunes communément appelés « ligala ».

Nous pourrions développer davantage les aspects familiaux de la toxicomanie mais nous devons faire remarquer qu'elle va au-delà du cadre familial. A titre illustratif, soulignons que dans la plupart des recherches faites, il a été établi que le drogué cherche à défier l'autorité, la loi. Ceci l'enfonce d'avantage en marge

---

[72] ROENZWEIG, J.P., La société au miroir de la délinquance, le monde diplomatique, 1986., p.16

de la société, il devient ainsi un danger social, craint pour les actes délictueux dont il se rend souvent coupable.
Il constitue en outre un fardeau social et économique que la société doit supporter. Et comme pour s'en débarrasser, la société recourt dans la plupart des cas à la répression, refoulant ainsi le toxicomane dans la prison. Est-ce la meilleure façon de faire face à la toxicomanie ?

Nous pensons que la répression est un des moyens de lutte contre la toxicomanie, mais la jugeons peu efficace. Par contre, nous pensons que la désintoxication associée à des mesures à même de permettre à l'ex-toxicomane de participer activement dans la vie de sa famille et de la collectivité sont plus efficaces. Et parmi ces mesures, nous pensons que l'offre d'une activité professionnelle rémunératrice pourrait constituer un moyen de redresser l'ex-toxicomane et de le tirer de sa situation d'intoxication. Néanmoins, nous sommes convaincu que la toxicomanie est d'étiologie complexe et multifactorielle. En effet, même ceux qui exercent une activité professionnelle rémunératrice peuvent tomber dans la toxicomanie. Nous en arrivons à croire que la profession rémunératrice constitue un moyen thérapeutique, dans la mesurer où l'environnement professionnel crée des conditions favorables à l'épanouissement individuel.

Alors quel monde propose-t-on aux ex-toxicomanes. Il s'agit bien de ne jamais oublier que le toxicomane, dans notre société « triste » reste en quelque sorte « la mauvaise conscience de son temps ». C'est-à-dire que le toxicomane est quelqu'un qui a tout connu de la désillusion des « voyages » artificiels, des impossibles manques, des marges, des mal êtres et des exclusions.

Ce faisant, il est vain de lui chanter un monde meilleur qui n'est souvent que fantasme. Il s'agit en revanche de lui parler autrement d'insertion sociale, professionnelle, d'envisager autrement notre relation d'aide, de changer d'attitudes à son égard. En effet, le toxicomane se heurte aux problèmes liés d'une part aux structures incompatibles avec son état et d'autre part à la manière dont il ressent son état ainsi que les attitudes négatives adoptées par la société à son égard.
Il est ainsi courant de constater que la société adopte à l'égard des toxicomanes un regard méprisant, dédaignant et déconsidérant. Cette situation peut engendrer des problèmes psychologiques notamment la peur d'affronter les autres dans les échanges, le repris sur soi, les chocs psychologiques occasionnant des sentiments agressifs, de rejet, de douleur morale etc.

Il convient alors de conjuguer les efforts pour éviter aux ex-toxicomanes de sombrer dans la détresse d'une intoxication permanente. Si non comme nous le précise J.L. MAXENCE :

> ***« Céder à la peur, à la panique, est aussi maladroit en ce domaine que de pratiquer la politique de l'Autriche qui consiste à ne rien vouloir voir de l'environnement présent, à s'enfouir la***

> ***tête et les yeux dans le sable, de peur d'avoir à éprouver l'angoisse »***[73]

Mais, se pose LAURIER Françoise :

> ***« Pourquoi et comment nous sommes tous capables d'aider un drogué à se sortir de lui-même de son « esclavage », tous capables de prévenir avec les mots justes et les idées claires une jeune génération en mal d'identité, de périls de dépendance de toutes sortes ? ».***[74]

Nous pensons que pour y arriver nous devons être à mesure d'apprécier l'origine de la toxicomanie, ses effets sur l'univers relationnel tant du point de vue familial que socioprofessionnel.

En somme, notre problème de recherche se ramène fondamentalement à cette interrogation récapitulative : Quelles sont les causes et les conséquences psychosociales de la pharmacodépendance dans l'univers relationnel de la personne qui en est victime, et quels sont les voies et moyens envisageables dans un processus de réinsertion socioprofessionnelle ?
Eu égard à ce problème, quels sont les objectifs que nous proposons d'atteindre en vue d'y apporter une solution ?

V.2. Objectifs de la recherche

2.1. *Objectif Général*

Notre objectif général est d'identifier les difficultés inhérentes au processus de réintégration sociale des ex-toxicomanes dans leur environnement socio-familial.

2.2. Objectifs spécifiques

a) Repérer les facteurs qui seraient à la base d'une bonne ou d'une mauvaise réintégration sociale et professionnelle d'un ex-toxicomane
b) Faire une analyse sur les réactions et les représentations que l'entourage réserve à la toxicomanie en général et à l'intégration des ex-toxicomanes en particulier ;
c) Proposer des voies de solutions qui contribueraient objectivement à la réhabilitation des ex-toxicomanes ;
d) Aider les ex-toxicomanes à entrer en contact avec les institutions de prise en Charge.

L'atteinte de ces objectifs reste tributaire des méthodes et techniques que nous mettrons en œuvre. Ceci pose alors le problème de la méthodologie de la recherche.

---

[73] MAXENCE, J.L., op. cit. p.8
[74] LAURIER Françoise : op. cit., p.21.

CHAP. VI. METHODOLOGIE

Dans ce chapitre, il sera question de la présentation de deux instruments de recherche à savoir l'entretien et l'observation clinique que nous avons jugée les plus adéquats à notre recherche. Les critères à la base du choix de ces instruments sont la nature de la recherche et les caractéristiques de ce que nous voulons que soit notre univers d'enquête.

VI.1. Les instruments de récolte des données et leur justification

Les spécialistes de la recherche disent qu'il n'y a pas de formule toute faite. Tout dépend de la nature du sujet à l'étude et du chercheur. Ceci dit, l'âge du client, son degré de collaboration etc., sont autant des variables qui influencent la façon dont le chercheur va s'y prendre.

Nous avons opté pour l'enquête par l'entretien et l'observation clinique. Mais à ce niveau, nous devons préciser qu'il existe trois sortes d'entretien à savoir :

- l'entretien directif ;
- l'entretien semi-directif ;
- l'entretien non directif.

Pour en savoir plus, nous nous référons à NZISABIRA, E.[75]. Selon lui, l'entretien directif que l'on appelle aussi entretien structuré utilise un questionnaire et pour ce type d'entretien tout est préalablement défini quant aux objectifs, aux thèmes et à l'ordre des questions. Par ailleurs, les questions sont fermées.

Ce professeur soutient que pour l'entretien semi-structuré ou semi-directif, les grands thèmes de l'entretien sont définis d'avance. Cependant, l'ordre dans lequel ils vont être abordés reste libre. Pour cet entretien, le rôle de l'enquêteur reste ici essentiellement à engager la relation de l'entretien, à laisser parler son interlocuteur, lui proposer des thèmes quand il n'est pas spontané ou quand il tend à s'égarer vers d'autres préoccupations sans rapport avec le sujet à l'étude. Il ajoute que l'ordre des questions dans ce type d'entretien n'est pas tenu à être respecté, le chercheur doit tout faire pour couvrir tout le guide d'entretien. Quant aux questions, elles sont entremêlées, c'est à dire qu'il y a un mélange des questions ouvertes et fermées.

Pour le troisième cas, c'est-à-dire l'entretien non directif ; NZISABIRA précise qu'il est centré sur le client, donc l'enquêté. La non directivité se justifie dans certaines recherches ou thérapies cliniques. En effet, dans ce genre d'études, personne n'est mieux placé que le sujet lui-même pour connaître ses problèmes. C'est ici donc que le chercheur privilégie l'auto-direction chez son interlocuteur.

---

[75] NZISABIRA ,E, . Méthodologie de la recherche et séminaire, 2ème candidature, cours inédit, Université du Burundi F.P.S .E ;A.A , 1997-1998

Il se contente en effet d'écouter sans chercher à influencer. Autrement dit, le chercheur ne joue plus le rôle de juge des comportements ou des besoins. Il laisse le sujet s'exprimer librement.

Pour notre travail, nous avons privilégié l'entretien semi-structuré et l'observation clinique (qui sera développé dans les pages suivantes).

VI.1.1. L'entretien semi-structuré.

Le choix de cette technique nous a été dicté par les caractéristiques de la population d'enquête et le terrain de la recherche. En effet, l'entretien semi-structuré est un instrument très efficace permettant d'atteindre les faits comme le soulignent FESTINGER L et KATZ D.

> ***« Les expériences déjà vécues par le sujet comme les intentions qui préparent son future comportement ne peuvent guère être connues par d'autres moyens. Les perceptions, les attitudes, les opinions qui ne se manifestent pas dans un comportement observable sont accessibles grâce à l'interview »[76].***

Aussi, le questionnaire écrit ne donne pas l'occasion d'intervenir au besoin pour poser d'éventuelles questions supplémentaires qui surviennent au cours de l'entretien et ceci pour éviter que le répondant aille en dehors du cadre de recherche.
Par contre, la technique de l'interview semi-structurée a pour objet l'interviewé lui-même pendant que le rôle de l'enquêteur est d'aider le sujet à s'exprimer par une attitude d'écoute et de compréhension gardant une « neutralité bienveillante » sans l'influencer mais reformulant au besoin les thèmes énoncés afin d'inciter son interlocuteur à creuser davantage sa pensée.

La connaissance des faits ne peut se faire que grâce aux contacts directs avec ceux qui les ont vécus. Il convient donc dans ce cas de choisir un instrument ou une technique efficace permettant d'amener les sujets en question à décrire ces faits tels qu'ils les comprennent et les vivent.

Dans cette perspective, les propos de A. Léon restent significatifs :

> ***« Le choix des techniques de collecte des données est étroitement solidaire à la nature du problème étudié, aux caractéristiques des sujets constituant les groupes et du plan des expériences choisi»[77]***

---

[76] FESTINGER. L., KATZ. D., Les méthodes de recherche dans les sciences sociales ; tome II, Paris, P.U.F., 1997, p. 383

[77] Léon ,A. Manuel de psychopédagogie expérimentale, Paris, P.U.F., 973, p.380

La toxicomanie fait intervenir la drogue, la personnalité du consommateur et le contexte social et culturel, or nous savons que :

> ***« Chaque élément est complexe et le degré variable de complexité que l'observateur attribue à chacun de ces trois éléments dépend généralement de son expérience, de sa formation personnelle et professionnelle qu'il porte à l'étude du problème»***[78]

Ainsi, c'est parce que nous nous sommes particulièrement intéressé à la complexité de l'individu et du contexte social que nous avons utilisé des techniques moins rigoureuses qui sont l'entretien semi directif et l'observation clinique (qui sera bien décrite dans les pages suivantes).
Par ailleurs,

> ***« L'usage de la drogue est considéré comme n'étant qu'une forme de comportement présentant tous les caractères propres à tout comportement humain »***[79]

C'est pourquoi nous avons abordé le comportement toxicomaniaque d'une façon psychosociologique. En effet, c'est à l'individu que nous avons attaché beaucoup d'importance comme agent actif dans l'équation drogue- individu-contexte. Nous considérons que le contexte favorise à la fois l'utilisation et les problèmes liés à cette utilisation, tout comme il peut favoriser sa cessation. Aussi, avons-nous préféré recourir particulièrement à la technique de l'entretien semi – structuré, car en effet, elle se prête mieux à notre étude compte tenu du genre d'informations à recueillir.

Celle-ci concerne les problèmes que rencontrent les anciens toxicomanes dans la quête d'une réintégration socioprofessionnelle. Et nous estimons que la technique d'entretien semi-structuré est plus approprié car comme le soulignent FESTINGER L et KATZ D :

> ***« ....La science sociale fait de plus en plus appel à des faits que seuls peuvent rapporter les individus qui en ont fait l'expérience personnelle. Ce n'est que grâce à des contacts directs avec les intéressés que l'économiste , le sociologue, l'anthropologue, le psychologue peuvent atteindre leurs attitudes, leurs perceptions, leurs expériences et leurs projets »***[80]

Nous trouvons donc que de toutes les techniques de recherche précitées, l'entretien semi-structuré est l'instrument le plus convenable à notre recherche.

---

[78] NOWLISH, La droque démystifiée, Paris, UNESCO, 1977, p.2
[79] NOWLISH. Op.cit. p.2
[80] FESTINGER, L. et KATZ, D. op. cit. p.385

En outre, l'entretien semi-structuré nous a permis de saisir l'image, la représentation et la perception de la vie par les anciens toxicomanes que nous avons rencontrés.
De plus, grâce à l'entretien semi-structuré, nous avons pu aborder les thèmes que contient notre sujet d'étude. Et comme le précise DE LANDSHEERE

> ***« Un schéma définit les principaux thèmes à explorer et prévoit éventuellement certaines questions, mais la manière dont les thèmes seront amenés au cours de l'entretien, la façon dont les questions seront formulées et l'ordre dans lequel les thèmes et questions apparaîtront ne sont pas fixés d'avance »***.[81]

Les thèmes étant définis, les questions étant prévues, il reste que l'interviewer suscite chez son client un intérêt. Ceci se comprend dans la mesure où comme le signalent FESTINGER L et KATZ D :

> ***« Quand le sujet a accepté de se laisser interroger, l'entretien commence par des questions qui ont pour but de provoquer en lui un intérêt direct. [...] le but que l'on cherche ainsi à atteindre est de motiver le sujet en lui montrant l'intérêt de l'interview, c'est-à-dire le rapport étroit qu'elle présente avec ses intérêts et ses désirs »***[82]

Cette motivation a été d'autant plus nécessaire que le phénomène à l'étude constitue un délit. Ceci a fait que pour obtenir plus d'informations auprès de nos fournisseurs d'informations, nous avons dû passer par l'étape de mise en confiance afin de lever certaines réticences quant à la collaboration car elle pouvait être assimilée à une enquête policière.

Précisons ici que certains auteurs parlent de sujets, d'autres de clients, d'autres enfin parlent de fournisseurs, tous pour parler d'enquêtés, détenteurs de l'information dont le chercheur a besoin. Nous utilisons dans le présent travail l'un pour l'autre.

L'entretien semi-structuré s'apparente à certaines autres techniques de recherche dont l'entretien pur et simple. L'entretien semi-structuré se distingue de l'entretien pur et simple dans lequel le fournisseur d'informations n'a qu'à dire tout ce qui lui vient à l'esprit sur un sujet. Dans ce cas, la communication entre chercheur et le fournisseur d'informations est quasi inexistante.

L'autre confusion à éviter est celle de l'entretien semi-structuré avec l'interrogatoire. Celui-ci se caractérise par ce que DAUAL R a nommé,

---

[81] DE LANDSHEERE, G., Introduction à la recherche en éducation, 5ème édition, Paris, Armand Colin-BOURRELIER , 1982, p.25.
[82] FESTINGER L et KATZ , D., op.cit. p.394

« La déplaisante atmosphère du cabinet d'un juge d'instruction ou d'un officier de police ».[83]

Dans l'entretien semi-structuré règne une atmosphère de confiance mutuelle entre l'enquêté et l'enquêteur. Le plus souvent c'est le chercheur qui en est le principal artisan de par sa chaleur et sa sympathie communicative, sa largeur d'esprit et de sa manière d'éviter toute forme de pression et de coercition, choses auxquelles nous devions tenir compte pendant nos entretiens. Etant donné que le phénomène à l'étude constitue un délit, nous devions passer par plusieurs détours et être souple dans nos interventions.

Signalons à toutes fins utiles que lors de nos entretiens avec les anciens toxicomanes, nous devions nous munir d'un guide d'entretien (que le Lecteur trouvera en annexe).

Outre les informations recueillies auprès des anciens toxicomanes eux-mêmes, nous avons enrichi notre étude par des informations reçues de la part des partenaires sociaux et médicaux se préoccupant de la situation des personnes toxicomanes. Il s'agit ici des centres comme SORETO (Solidarité pour la Réintégration des Toxicomanes), centre pour la réinsertion sociale des anciens drogués ; du service anti-drogue de la P.J.P. de Bujumbura, ainsi qu'auprès du Docteur BARANCIRA Sylvestre. L'autre technique de collecte des données dont nous nous sommes servis pendant le recueil des informations, c'est bel et bien l'observation clinique.

VI.1.2. L'observation clinique

Etant donné que le phénomène à l'étude « la toxicomanie » constitue un délit, nous ne pouvions pas prétendre l'étudier par des méthodes visant la confirmation ou l'infirmation de nos hypothèses. Nous nous sommes donc ajustés au fur et à mesure aux situations et aux individus à l'aide des techniques moins rigoureuses : l'observation clinique nous a paru plus appropriée pour y arriver.
Pendant nos observations, nous portions notre attention sur les relations de l'ancien toxicomane avec les membres de la famille ou avec ses semblables, ses autorités etc.

Nous étions conscients que cette technique n'est pas facile à appliquer étant donné les inconvénients qu'elle présente.
En effet,

« Le chercheur observateur doit cependant conserver sa capacité d'observation objective et profiter de sa participation pour observer et comprendre. Le danger est évidemment celui d'une implication personnelle telle que

---

[83] DAUAL , R., et al. : Traité de Psychologie sociale ; les méthodes, Paris, PUF,1967 ; p.123

> ***l'observation devienne difficile, déformée et partisane et donc cesse d'être objective ».***[84]

C'est pourquoi, nous avons mis de côté tous nos a priori parce qu'en effet notre objectif n'était pas de vérifier mais d'explorer le phénomène de la toxicomanie dans son aspect de réintégration psychosociale, aspect qui n'a pas encore à notre connaissance retenue l'attention de beaucoup de chercheurs.

Mais alors, en quoi consiste l'observation clinique ?

L'observation clinique suppose la possibilité que l'on soit capable de suivre et d'analyser l'être humain pour pouvoir comprendre, connaître sa vie à travers son vécu psychosocial et son histoire.
Nous avons utilisé cette observation de type clinique pour comprendre et discerner le sens des diverses réactions sociales développées par les anciens toxicomanes dans leurs différents milieux où elles mènent leurs activités quotidiennes.

En somme, la méthode d'observation que nous avons adoptée consiste à regarder écouter, décrire, comprendre et interpréter les faits vécus. En regardant, nous réservions une attention particulière à l'état actuel de l'ex-toxicomane et aux événements qui se passent dans son environnement, c'est-à-dire les types de réponses sociales aux besoins du sujet. En écoutant, nous portions notre attention à ce qui se dit autour et dans l'environnement du sujet ancien toxicomane et tentions d'en discerner le sens.

Ici tout ne peut évidemment pas se faire par voie officielle. Ainsi, nous procédions soit à un entretien clinique lorsque les circonstances le permettaient.
Nous entendons par entretien clinique :

> ***« Une technique d'entretien qui, suivant le domaine et les auteurs, l'on a aussi appelé, entretien non structuré, entretien approfondi (the depth interview), entretien libre ou entretien non directif etc. ».***[85]

La description des faits vus ou entendus consiste à les traduire de manière objective. Cette étape était suivie par la compréhension. Encore une fois, nous devions en discerner le sens.

La deuxième étape consistait en une interprétation des faits et des événements qui se produisent dans l'entourage des sujets anciens toxicomanes en leur faveur comme en leur défaveur.

En les relatant et en découvrant les rapports ou les liens, nous espérions avoir une vision objective de ce qui est le processus de réintégration des ex-toxicomanes.

---

[84] MUCCHIELLI, R., Les méthodes qualitatives, Paris, PUF, 1991, p.114
[85] NAHOUM, C., L'entretien psychologique, Paris, PUF, 1975, p.42

Si le choix d'un outil de travail ou de recueil des données est une chose, son utilisation en est une autre. Nous avons à l'esprit que toute observation est sujette à certaines limites ou à certaines lacunes.
L'observation clinique que nous avons préférée par rapport à d'autres instruments dépend fortement de la personnalité de l'observateur, ses capacités de perception, les performances des moyens dont il dispose pour collecter les données etc.
Elle est en effet beaucoup affectée par le caractère sélectif de la perception et de la mémoire : les faits sont perçus suivant les intérêts du chercheur ; d'autres lui échappent malgré lui car incapable de retenir tout à la fois.

Cette lacune a été comblée par l'utilisation d'un appareil enregistreur là où c'est possible et/ou la multiplication des séances d'observation. En tout état de cause, l'observation exige de l'observateur de savoir bien nommer, évoquer, formuler et classer les événements ou les faits perçus, ce que nous avons essayer de faire mais cela ne pouvait se faire sans difficultés.

D'autres limites sont liées à l'équation même de l'observateur. C'est-à-dire le caractère absolu de neutralité qui doit caractériser l'observateur. Ceci vaut également pour l'observé. Il s'agit là d'une relation entre l'observateur et l'observé, et donc d'une rencontre entre deux personnalités différentes qui ne manquent de s'influencer mutuellement, influence mutuelle qui n'épargne pas les résultats de l'observation.

Néanmoins, cette limite a été minimisée par trois stratégies, à savoir :

1. Une mise en confiance dans les premières séances de l'observation qui permet d'établir une chaleur et une sympathie communicative témoignant de l'intérêt du chercheur à l'information et à l'informateur ;
2. Une ouverture ou une largeur d'esprit du chercheur pour recevoir les confidences de ses clients ;
3. Enfin, nous devions nous garder de toute forme de pression ou de coercition sur nos fournisseurs d'informations.

Signalons que ces stratégies que nous avons adoptées pour l'observation clinique restent aussi valables pour d'autres instruments et sont indispensables pour rendre rentable son outil de travail. Précisons enfin que pendant nos séances d'observation, nous nous munissions d'un guide d'observation mais dont nous évitions d'être esclave.

Après la présentation et l'élucidation des deux techniques adoptées pour le recueil des données et des informations relatives au sujet de notre recherche, nous tenons à faire remarquer que nous sommes appelés à confronter différentes informations fournies par les partenaires sociaux et administratifs intervenant dans le domaine de la drogue.

En somme, nous nous sommes servis de l'entretien semi-structuré et de l'observation clinique pour explorer la toxicomanie en Mairie de Bujumbura et savoir les problèmes que connaissent les anciens toxicomanes dans leurs quêtes d'une réintégration socioprofessionnelle.

VI.2. Présentation de l'univers d'enquête.

Nous rappelons que notre recherche vise à connaître les problèmes que rencontrent les anciens toxicomanes dans leur réintégration socioprofessionnelle. C'est pour cette raison que nous avons mené notre enquête auprès des anciens toxicomanes eux-mêmes. A ce sujet, nous nous inspirons de ROGER MUCCHIELLI qui dit qu'on appelle univers d'enquête.

> ***« L'ensemble de groupes humains concernés par les objectifs de l'enquête ».***[86]

Il va sans dire que l'univers de notre recherche est un ensemble très vaste. Ceci se comprend dans la mesure où l'effectif des consommateurs de drogues augmente considérablement chez les jeunes.

VI.2.1. Terrain et population d'enquête

La toxicomanie peut se rencontrer dans n'importe quel milieu et chez n'importe quelle catégorie de personne. Nous avons choisi de mener cette étude consacrée aux difficultés psychosociales et socioprofessionnelles éprouvées par les anciens toxicomanes particulièrement en Mairie de Bujumbura. Notre choix du terrain d'enquête pouvait se porter sur un autre milieu mais nous nous sommes limités à la Mairie pour des raisons d'efficacité. En effet, vu le temps et les moyens dont nous disposions, nous ne pouvions pas étendre notre recherche à d'autres provinces. En outre, la Mairie de Bujumbura est réputée jusqu'à ce jour avoir plus de toxicomanes que d'autres localités du pays. Par ailleurs les institutions de lutte et de prise en charge des toxicomanes n'œuvrent qu'en Mairie de Bujumbura uniquement.

Quant à la population d'enquête, elle s'énonce même par le sujet lui-même. Il s'agit de centrer nos investigations sur les anciens toxicomanes dans leur quête d'une réinsertion sociale et professionnelle. Il faut remarquer que le choix de cette population n'est pas gratuit car c'est elle qui subit les conséquences psychosociales de leur état plus que quelqu'un d'autre. De ce fait, nous estimons qu'elle pourrait nous donner des informations objectives et intéressantes.

---

[86] MUCCHIELLI, R, Le questionnaire dans l'enquête psychosociale, connaissance du problème, Paris, ESF, 1973, p.76

En effet, telle qu'elle se définit, la population d'enquête :

> ***« correspond à l'ensemble de tous les individus qui ont des caractéristiques précises en relation avec les objectifs de l'étude ».***[87]

Or notre étude a pour objectif de déceler les difficultés inhérentes au processus de réintégration sociale des anciens toxicomanes. Mais dans notre enquête, nous restons convaincu que nous n'avons pas pu atteindre tous les anciens toxicomanes. Ce n'était même pas notre objectif car notre étude n'est pas de nature quantitative, mais qualitative. En effet, ce n'est pas l'effectif des anciens toxicomanes qui nous intéresse mais plutôt la compréhension des difficultés liées au processus de réinsertion socioprofessionnelle. Par ailleurs, nous ne voulons pas généraliser les résultats mais nous sommes persuadés que les résultats garderont leur validité quand bien même le nombre des enquêtés serait réduit.

Etant donné que notre recherche est de nature qualitative, nous avons limité notre enquête à un petit nombre d'anciens toxicomanes. Toutefois, nous sommes conscients des reproches souvent invoqués pour ce genre de travail à savoir la faiblesse numérique d'échantillon.

Cependant, notre étude qui répond à une démarche précise d'informations qualitatives, atténue ce reproche. Autrement dit, pour une étude qualitative, les différents types d'attitudes sont relativement peu nombreux quelle que soit la diversité des individus si bien qu'un nombre réduit de cas suffit à rendre compte des différents types d'attitudes.
Cela étant, nous avons mené notre enquête auprès des anciens toxicomanes que nous avons rencontré, car comme le soutient REUCHLIN :

> ***« La meilleure méthode d'extraction d'un échantillon représentatif consiste à extraire des éléments « au hasard » de la population . Au hasard ne signifie pas n'importe comment, sans choix délibéré. Cette expression signifie ici que tous les éléments de la population ont la même chance, les mêmes probabilités d'être extraits ».***[88]

Nous avons donc identifié quelques anciens toxicomanes qui, après des visites de familiarisation, ont fini par placer leur confiance en nous et ont accepté que nous nous entretenions sur leur situation. La limite de la population d'enquête à un petit nombre a été aussi motivée par le fait que les toxicomanes sont des personnes qui ne se laissent pas approcher facilement ; donc difficiles à contacter, si bien qu'un échantillon assez important nous était difficile à atteindre ; ceci pour les raisons que la consommation de la drogue se fait dans la quasi-clandestinité d'une part et que d'autres part la législation burundaise sanctionne cette consommation par 5 à 10 ans de prison ferme.

---

[87] MAYER, R. et OUELLET, F., Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux, QUEBEC, GAËTAN MORIN, 1991, p.378

[88] REUCHLIN, M ; Précis de statistique, Paris, P.U.F., 1976, p.164

Suite à toutes ces restrictions auxquelles nous devions faire face, nous avons pu constituer un échantillon des volontaires, car beaucoup nous refusait l'interview pour des raisons évoquées plus haut. En effet, l'échantillon des volontaires

> ***« consiste à faire appel à des volontaires pour constituer l'échantillon [...] . On constitue un tel échantillon surtout dans les cas suivants :***
> ***Lorsque le problème est délicat, voire tabou ;***
> ***Lorsque l'expérience d'un nouveau produit, par exemple un médicament, implique un certain risque,***
> ***Lorsqu'il est impossible de constituer un échantillon, les données étant inexistantes, détruites, confidentielles, ou nécessitant une recherche presque impossible à réaliser ».***[89]

Pour le cas d'espèce, le sujet à l'étude est un délit dans la société burundaise d'une part, et d'autre part, les données sont, par la voie d'effet, confidentielles. D'où alors, nous nous sommes contenté d'effectuer nos entretiens avec des sujets volontaires pour des raisons déjà évoquées. En somme, nous avons limité notre étude à quatre (4) sujets d'enquêtes, sujets qui ont fait l'objet d'une étude monographique.

Cependant, d'aucun pourrait se poser la question de savoir sur quelles bases nous nous sommes basés pour déterminer nos sujets à l'étude. C'est la question que nous allons tenter de répondre dans le point suivant.

VI.2.2. Critères de détermination des cas à étudier

Deux critères essentiels nous ont guidé pour la détermination des cas à étudier.

1° Le cas requiert l'unanimité de son entourage sur son caractère de dépendance toxicomaniaque.
En effet, il ne suffit pas de consommer de la drogue pour être toxicomane, il faut en être aussi dépendant avec toutes ses caractéristiques évoquées dans les chapitres précédents.

En effet, le cas à étudier devrait être quelqu'un ayant pris de la drogue pendant un moment et qui en était devenu dépendant, c'est-à-dire toxicomane et que par après, pour différentes raisons a décidé de rompre la prise de la drogue.

2° Le consentement du sujet à l'entretien : c'est-à-dire le sujet lui-même devait témoigner qu'il était dépendant aux toxiques et surtout qu'il a abandonné la prise de ces toxiques.

---

[89] MAYER, R. et QUELLET, F ., op. cit., p.391

Ce critère nous permettait d'accéder aux informations de première main. Les proches du sujet étaient sollicités quand celui-ci ne voulait pas coopérer. Tout ceci nous évitait de tomber dans l'erreur de l'opinion courante de coller une étiquette à un sujet de « fumeur de chanvre » qui, en réalité ne le mérite pas. Cette étiquette peut lui être collée simplement parce qu'il se comporte d'une manière différente de celle de la majorité des membres de la communauté.

VI.2.3. Déroulement de l'enquête

a) La préenquête

Pour bien mener notre enquête, il nous a semblé indispensable de faire la pré-enquête. Cette dernière nous a permis de connaître et de localiser les éléments sur lesquels devrait porter l'enquête. Elle nous a permis aussi de faire la reconnaissance des lieux où nous avons trouvé nos enquêtés. Après cette localisation des lieux, nous avons passé à l'identification des sujets à enquêter, chose qui n'a pas été facile suite à l'image que l'on se fait de la toxicomanie. Ceci dit, pour savoir s'il y a quelque part une personne qui consommait de la drogue et que maintenant il aurait abandonné, nous avons dû faire l'investigation auprès des tierces personnes.

Il nous a fallu beaucoup de temps et de contacts. Et ce n'est pas toujours évident qu'ils finissent par accepter de témoigner car la drogue est un produit illicite et donc, nous étions souvent considérés comme un policier.

C'est à cette identification de certains anciens toxicomanes et à cette prise de contact avec eux que notre préenquête s'est limitée. Les différents échanges et observations que nous avons eus pendant cette préenquête nous ont permis de passer à l'enquête proprement dite en engageant des entretiens individuels et dirigés avec les anciens toxicomanes rencontrés.

b) Enquête proprement dite

Notre enquête a consisté en des entretiens semi-directifs avec les anciens toxicomanes. Mais avant de mener ces entretiens avec nos sujets d'enquête, nous tenions à suivre les conseils que nous donnent FESTINGER L. et KATZ, D.

> ***« Quand le sujet a accepté de se laisser interroger, l'entretien commence par des questions qui ont pour but de provoquer en lui un intérêt direct. Ce sont ces questions que l'on désigne souvent sous le nom de « prise de contact » (rapport builders). Le but qu'on cherche ainsi à atteindre est de motiver le sujet en lui montrant l'intérêt de l'interview, c'est à dire le rapport étroit qu'elle présente avec ses intérêts et ses désirs. Ces questions préliminaires servent aussi à faire disparaître l'inquiétude du sujet qui craint de ne pas être capable de jouer convenablement son rôle d'interlocuteur. On lui apprend ainsi à exprimer***

clairement ce qu'on attend de lui, par là même, on lui montre qu'il est à même de répondre judicieusement ».[90]

A ce propos, une consigne était prévue avant tout entretien. Par cette consigne, nous nous présentions à l'interviewé et annoncions notre problème de recherche. Nous profitions de l'occasion pour dissiper toute inquiétude en garantissant l'anonymat du sujet d'enquête.

Néanmoins, pendant l'enquête, nous avons eu des difficultés à recevoir de la part de certains de nos sujets beaucoup d'informations sur leur mal, les douleurs qu'ils ressentaient pendant leur période de dépendance, leur gêne à se réinsérer facilement ; ou les symptômes psychiatriques non manifestes (les séquelles physiques ou morales). Mais nous avons pallié cette difficulté par la multiplication des cas à étudier en délaissant certains cas pour prendre d'autres dont les informations étaient plus riches. D'une façon générale, nous devons les informations recueillies à trois sources essentielles :

1. De la part du sujet ancien toxicomane lui-même, c'est-à-dire quand celui-ci acceptait de s'exprimer sur son cas. C'est bien lui le détenteur d'une grande part d'information sur son vécu.

2. De l'observation directe du sujet ancien toxicomane. Qu'il ait accepté ou non de s'exprimer, l'observation directe s'imposait comme une nécessité ; ceci grâce à la fréquence des visites. En négociant l'interview, nous profitions pour faire nos observations sur certains aspects de la vie de l'enquêté.

3. De son entourage : celui-ci était constitué par ses parents, ses frères et sœurs, ses amis, ses collègues et employeurs. Nous considérons que ces personnes sont des sources importantes d'informations sur les cas des sujets que nous avions à interroger. Ceci constituait également un recours privilégié lors que le sujet ancien toxicomane refusait de s'exprimer.

VI.3. Les difficultés rencontrées

Pendant notre enquête, nous avons dû faire face à pas mal de difficultés. La première difficulté que nous avons rencontrée tient au contexte même de la présente recherche. En effet, notre recherche s'inscrit dans un cadre non formel où il n'existe pas de structures à proprement parlé qui s'occupe de la toxicomanie ou des toxicomanes. Ceci nous a posé le problème majeur de pouvoir accéder aux ex-toxicomanes, il nous fallait en effet nous informer à gauche à droite pour savoir où trouver un ancien toxicomane. Ainsi nous avons contacté certains jeunes qui fréquentent les centres ou associations qui s'occupent de l'encadrement de la jeunesse pour nous indiquer où trouver certains consommateurs de drogue repentis et ceux-ci nous ont par la suite indiqué d'autres dans les quartiers.

---

[90] FESTINGER, L. et KATZ , D., Op. cit., pp. 394-395

La seconde difficulté est liée à la conception même de la drogue. En effet, quelqu'un qui consomme de la drogue n'est pas bien considéré par son entourage, du moins dans le contexte socioculturel burundais. Certains le considèrent comme un « fou » d'où certains comportements de rejet, qui par conséquent le poussent à être marginal.

Dans la famille, la consommation de la drogue n'est pas la bienvenue. Elle n'est jamais source de fierté, quelle que soit la bonne interprétation que l'on en fait. La consommation de la drogue fait preuve dans la plupart des cas d'une inconduite chez le sujet consommateur ou d'une défaillance dans les rapports familiaux.

Elle peut aussi être révélatrice d'un problème familial, d'où la famille reste réticente envers quiconque chercherait des informations dans ce sens. Cela a fait que certains parents ne voulaient pas coopérer et nous refusaient les informations soi disant que cela pourrait entacher leur honneur. La consommation de la drogue est également source de honte de par les comportements anti-sociaux auxquels le toxicomane se livre, malgré la bonne volonté de la famille.

La troisième difficulté tient à la réticence des enquêtés face à l'enregistrement des entretiens. En effet, bien que nous nous étions muni d'un appareil enregistreur, certains de nos enquêtés avaient peur que notre entretien soit enregistré. Ainsi nous devions prendre du temps pour expliquer que notre recherche n'a rien avoir avec une enquête policière. Malgré le consentement de certains, nous avons senti qu'ils développaient par conséquent une sorte de censure limitant au minimum les informations à nous livrer. D'autres nous refusaient purement et simplement l'entretien tant que nous tenions à l'enregistrer.

En cas de refus, nous étions obligés de nous conformer à la volonté de l'enquêté et ainsi passer l'interview sans appareil enregistreur. Or l'idéal était qu'aucune information ne se perde lors de ces entretiens ; d'où nous avons dû prendre des notes de l'essentiel au moyen d'un stylo et d'une feuille toute en prenant soin de reconstituer le récit plus tard ce qui nous a contraint à un double travail.

Voilà les principales raisons pour lesquelles l'accès aux anciens toxicomanes nous était souvent difficile. Il nous a fallu user de beaucoup de patience et de persévérance pour pouvoir décrocher les informations dont nous avions besoin pour notre recherche, heureusement que nous y sommes parvenu.

Les informations étant recueillies, nous devions procéder à l'analyse de contenu tout en privilégiant une analyse qualitative car en matière de santé mentale et de vécu psychologique, chaque cas est un cas unique. Nous n'avions donc pas besoin d'une quelconque représentativité, même si pour les différents cas observés, des points de convergence ne manquaient pas. Ceci nous a poussé à adopter la suivante méthode de traitement de données.

VI.4. Méthode de traitement des données

Parmi les qualités que doit posséder un bon psychologue social, il faut mettre en première ligne celles qui le rendent capable d'analyser convenablement un « matériel » symbolique ou qualitatif. En effet, comme le soulignent FESTINGER L et KATZ D :

> ***« Une importante partie de la recherche socio-psychologique consiste en effet à classer, à ordonner et à interpréter les réponses verbales et les autres manifestations symboliques de l'activité des individus ou des groupes »***[91]

Or, notre recherche qui se veut qualitative s'intéresse au contenu des entretiens que nous avons eus avec les anciens toxicomanes et des observations que nous avons faites.
Fondamentalement donc, c'est l'analyse de contenu de ces entretiens qui constitue la méthode d'analyse des données recueillies.

> ***« D'une façon générale, on peut définir l'analyse de contenu comme étant l'analyse systématique des idées exprimées dans un texte. L'analyse de contenu peut s'appliquer à des documents écrits comme à des communications verbales ».***[92]

C'est ce dernier type d'analyse de contenu, c'est-à-dire la communication verbale qui a attiré notre attention dans le présent travail.

Bien qu'il existe de nombreuses définitions de l'analyse de contenu à savoir l'analyse historique, l'analyse juridique, l'analyse littéraire, l'analyse linguistique, l'analyse psychologique, l'analyse sociologique ou psychosociologique, il semble y avoir consensus quant à ses critères principaux, à savoir l'objectivité, le caractère systématique et la quantification.

Mais à propos de ce dernier critère, il importe de souligner qu' :

> ***« il n'est pas toujours indispensable qu'une analyse soit quantifiable. Dans certaines analyses de type qualitatif, on recherche les thèmes nouveaux plus qu'on ne les mesure »***[93]

Notre analyse de contenu des entretiens que nous avons eu avec les anciens toxicomanes est effectivement de type qualitatif puisque ce sont les thèmes nouveaux qui nous intéressaient plutôt que leur fréquence. Toutefois, pendant le traitement des informations recueillies, une analyse critique s'imposait. En effet, les réponses d'une sincérité entière sont rares lors des études à communications verbales, surtout si les questions mettent en cause la personnalité.

---

[91] FESTINGER, L. et KATZ, D. op. cit., p. 481
[92] MAYER, R. et OUELLET, F. op. cit., p.474
[93] MAYER R. et OUELLET F. op. cit., pp. 476-477

DE LANDSHEERE G. a montré qu'au moment où il est interrogé, le sujet :

« 1° Forme immédiatement une réponse intérieure dont il a une conscience claire ou non ;
2° Opère ensuite des ajustements à la situation particulière où il se trouve ;
3° Exprime enfin sa réponse souvent d'ailleurs celle qu'il croit que son interlocuteur désire ».[94]

On conçoit combien il est difficile d'apprécier exactement la déformation ainsi apportée surtout que la drogue, sujet à l'étude dans ce travail, est un produit illicite dont la consommation met en cause la personnalité du sujet - consommateur.
Grâce à une confiance qui s'était établie pendant l'enquête, des inquiétudes ont été dissipées afin de permettre une franche collaboration avec nos sujets.
Ce sont des cas que nous avons sélectionné qui feront l'objet de notre étude et sont présentés sous forme de monographie.

Nous avons donc préféré la méthode d'étude de cas ou monographie. Cette méthode est utilisée dans de nombreux domaines notamment ceux des sciences sociales, humaines, biologiques et ne fait l'objet que d'un petit nombre d'études.

La méthode de l'étude de cas peut se définir comme :

« L'investigation approfondie portant sur une unité ou un petit nombre d'unités. L'unité ça peut être un individu, une famille, une institution, voire une société ; c'est l'unité considérée comme un tout qui est l'objet d'étude.
Procéder à une étude de cas consiste à saisir aussi finement que possible les éléments, les différentes variables de l'unité choisie de manière d'une part à en dégager la configuration originale ; d'autre part à saisir le jeu des divers déterminants dans la genèse de cette configuration ». [95]

Cette méthode nous a aidé à recueillir le maximum de données se rapportant à l'unité étudiée, c'est-à-dire ici l'ancien toxicomane. Elle permet par ailleurs de cerner une réalité que d'autres démarches ne pourraient atteindre. En d'autres termes, nous considérons la monographie comme une exploration approfondie portant sur un individu ou un petit nombre d'individus. Cette méthode nous est apparue comme la plus adéquate et bien adaptée au problème étudié.
Et comme le souligne toujours NATHALIE :

« L'étude des antécédents et l'évaluation des effets dans le domaine des carences affectives, exige l'emploi de techniques

---

[94] DE LANDSHEERE G. , op. cit., pp. 85-86.
[95] NATHALIE, L. – DU PASQUIER ; Le devenir d'enfants abandonnés, Paris, P.U.F., 1981, p.43

extrêmement fines et sensibles ; l'étude de cas répond selon nous à cette exigence ».[96]

La toxicomane étant d'une étiologie diverse, la carence affective peut en être une. Ainsi, la richesse des dornnées recueillies dans le cadre d'étude monographique fait de cette méthode une approche privilégiée pour saisir le jeu des déterminants au niveau individuel.

Ainsi, pour en arriver à la compréhension la plus exhaustive possible de nos cas, nous avons jugé bon de retracer un peu l'histoire de chaque sujet en rapport avec la situation qu'il a vécu pendant la période de dépendance aux toxiques. Nous parlerons donc de quelques éléments d'anamnèse qui, selon le vocabulaire de psychologie est défini comme suit :

« L'anamnèse est une constitution aussi précise que possible du passé d'un sujet à l'aide de son propre récit autobiographique, de documents objectifs, de témoignages de l'entourage et de toute autre source ».[97]

Pour construire donc l'anamnèse de nos sujets, il nous a fallu solliciter des informations auprès de l'entourage du sujet à étudier. Celui-là étant constitué des amis, les parents, les intervenants dans le domaine de la lutte contre la drogue, etc. afin de constituer aussi précisément que possible l'histoire de vie du sujet. L'importance de l'anamnèse en psychologie clinique a par ailleurs été évoquée par PIERON H. :

« Pour la psychologie, l'anamnèse devient la recherche de tout ce qui a pu peser sur le développement du sujet et dont la connaissance peut contribuer à l'explication de son état présent ».[98]

En somme, compte tenu de la nature de la recherche que nous avons menée et de la méthode qualitative que nous avons adoptée, l'analyse de contenu des entretiens est de type qualitatif.
Ainsi, les données recueillies sont présentées, analysées et interprétées autour des principaux thèmes à savoir le champ relationnel de l'ancien toxicomane, les attentes ou perceptions des anciens toxicomanes vis-à-vis de leur avenir et les problèmes rencontrés par les anciens toxicomanes et leurs conséquences.
Ceci va nous permettre de comprendre les trois chapitres qui font l'objet de la troisième partie.

---

[96] NATHALIE, L. – DU PASQUIER ; op.cit p.13
[97] Ibidem
[98] PIERRON, H. ; Op. cit., p.207

Dans la troisième partie, nous allons présenter, analyser et interpréter les données recueillies selon les différentes méthodes utilisées. Au cours de cette étude, nous insisterons sur les points essentiels qui sont entre autre :

- L'évolution de la personne ancienne toxicomane depuis sa naissance (Anamnèse individuelle),
- La situation socio-affective prévalant dans la famille,
- Les attitudes et réactions des membres de la famille ainsi que celles de son entourage envers les toxicomanes.

Nous allons par la suite faire une discussion de chaque cas en faisant ressortir le rôle de chaque intervenant dans le processus de réintégration socioprofessionnelle du sujet. Cette analyse de contenu nous permettra de regrouper les données recueillies en trois chapitres à savoir :

- La présentation des monographies,
- les problèmes rencontrés par les anciens toxicomanes et leurs conséquences,
- les facteurs d'échec de la réintégration socioprofessionnelle des anciens toxicomanes.

Avant de clore notre travail, nous présenterons une conclusion générale ainsi que quelques suggestions susceptibles d'améliorer le processus de réinsertion socioprofessionnelle de la personne toxicomane.

III^{ème} PARTIE

PRESENTATIONS, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

CHAP. VII. PRESENTATION DES MONOGRAPHIES

Ce chapitre a pour objet de présenter les points saillants des observations et des entretiens, d'en commenter le contenu afin de comprendre le vécu psychosociologique de l'ancien toxicomane dans sa quête d'une réinsertion sociale.

Au cours de ce chapitre, une analyse qualitative des éléments d'observation et du contenu des entretiens sera faite sous forme de commentaire et d'observation personnelle sur chaque cas dans le but de dégager une structure de sens particulière à ce cas.

Ainsi chaque monographie sera composée par trois points à savoir :
- la présentation du cas
- les informations recueillies sur le sujet
- discussion et commentaire sur le cas.

VII.1. Cas MIKE

VII.1.1 Présentation du cas MIKE

Né en 1974, encore célibataire, MIKE est un jeune homme maigre, mais fort physiquement. Il est toujours bien habillé.
Originaire de KININDO, il est issu d'une famille de quatre enfants et occupe le second rang au sein de cette famille.
MIKE a évolué dans une atmosphère familiale de sérénité et de bienveillance. Il présente une humeur timide et n'ose pas regarder son interlocuteur, on dirait qu'il cache ses yeux rougeâtres.
Il affirme avoir fait l'expérience avec la drogue en 1988 en OUGANDA, en groupe avec ses cousins qu'il était allé voir, qui eux aussi étaient consommateurs du cannabis.

MIKE a consommé du cannabis toute une année durant, ce n'est qu'après qu'il a changé pour prendre l'héroïne, drogue qu'il a consommé jusqu'en 1999.
Précisons que MIKE est issu d'une famille de niveau socio-économique élevé. Ses parents sont tous cadres universitaires. Lui-même a fait des études de comptabilité et il est sorti technicien A2.

VII.1.2. Informations recueillies sur le cas

MIKE est âgé de 27 ans. Il est héroïnomane depuis 1989, et il a arrêté de prendre la drogue en 1999. D'après ses propos, il nous a dit que l'héroïne avait altéré sa santé physique et psychique à tel point qu'il n'était plus capable de continuer ses études. Ce n'est qu'après avoir interrompu pendant une année la consommation, qu'il a pu continuer et terminer ses études.

« Narahagaritse amashure kuko sinashobora gufatanya ivyo bintu uko ari bibiri : kwiga no kunywa iryo tabi. Ico gihe naciye mpagarika amashule nca ngira Imana baca bambwira ko hari centre muri ville, maze kujayo bakampa impanuro, niho maze kugarura ubwenge nkabona ko héroïne ari mbi niho natanguye kugabanya. Sinashotse mpeba ubwonyene, noba mbeshe. Nagiye ndagabanya buke buke nca mbona gusubira mw'ishule, none ubu narahevye gufata ivyo bintu. »

Cela peut se traduire approximativement en français, comme suit :

« J'ai dû arrêté les études car je ne pouvais pas concilier les deux choses : consommer le tabac et en même temps continuer les études. J'ai alors abandonné mes études et Dieu merci, on m'a dit qu'en ville il y avait un centre où on fait l'encadrement des toxicomanes. Je m'y suis rendu et j'ai reçu des conseils. Dès que j'ai été conscient des dangers de l'héroïne, j'ai diminué petit à petit la dose et j'ai repris les études, je n'ai pas abandonné tout de suite, ce serait mentir. Maintenant, j'ai abandonné complètement la drogue. »

MIKE a été entraîné dans la toxicomanie par l'esprit de groupe. Tous ses camarades consommaient l'héroïne et même certains en sont morts, d'après ses dires. Nous avons interrogé sa mère pour savoir les attitudes de son fils envers l'entourage et la famille pendant la période de dépendance.
Elle s'exprime en ces termes :

« Igihe MIKE yari agifata iryo tabi, twari tugowe rwose. Ibintu vyo mu nzu yari yarabimaze avyiba akaja kubigurisha, n'ivy'ababanyi kwari nk'uko. Nta kintu na kimwe yibanga. Ubu turashimira Imana ko yahevye iryo tabi ».

Ce qui en français correspondrait approximativement à ceci:

«A l'époque où MIKE prenait encore ce tabac, nous avions un problème sérieux. Il pillait et vendait tous les biens de la maison y compris ceux des voisins. Maintenant qu'il a abandonné la drogue, nous remercions le bon Dieu ».

Ces propos de la mère de MIKE laissent entendre que la famille se réjouit de sa situation actuelle. C'est- à- dire ici la situation de post-cure, ce qui lui permet en quelque sorte une relative réintégration ne fût-ce qu' au niveau de sa famille.

Quant à la réintégration effective, MIKE reste un peu pessimiste à la réaction de l'entourage d'une façon générale.

Ses propos sont plus parlant :

> ***« Twebwe turasaba cane rwose ko abantu botwumva, bakadushigikira, twarabinyoye hanyuma turabiheba. Urabona « confiance » umuntu ayita umwanya mutoyi, mugabo kugira azoyigarure bifata umwanya munini. »***

la traduction en français correspondrait approximativement à ceci :

> ***« Nous, nous demandons vraiment que les gens nous comprennent et nous aident. Nous avons consommé la drogue pendant un moment et maintenant nous avons abandonné. Vous voyez, perdre la confiance des gens ça prend peu du temps mais quand il s'agit de la récupérer, ça prend beaucoup de temps ».***

Ceci dénote combien le chemin est encore long quant à la réintégration effective.
Concernant la réintégration socioprofessionnelle qui en fin de compte conditionne l'intégration sociale effective, MIKE explique que la situation de chômage peut contribuer à ce qu'il n'y ait pas d'intégration totale car le chômeur sera toujours en face de plusieurs difficultés existentielles qui, d'une façon ou d'une autre, peuvent le pousser à rechuter dans la consommation de la drogue.
Il voulait signifier que l'emploi est d'une importance capitale pour quelqu'un qui vient de quitter la période de dépendance.
A ces propos il s'exprime ainsi :

> ***« Ubwo « bushomeri», uku kutagira akazi biratuma umuntu yiyumvira nabi, bigashobora gutuma umuntu ashobora kubisubiramwo. Tukaba dusaba ko abantu botwumva bakadushigikira, vyaradushikiye, none ubu twarabihevye, turonse ico dukora nk'akazi twogakora ; ubu turi abantu bazima, turashobora kubana n'abandi ata ngorane ».***

Ce qui peut se traduire comme suit :

> ***« Le chômage peut conduire quelqu'un à développer des mauvaises idées qui peuvent le pousser à rechuter. Nous demandons que les gens nous comprennent et nous aident. Il s'est fait que nous consommions de la drogue, mais actuellement nous avons abandonné, si nous trouvons du travail nous sommes capables de travailler. Maintenant nous sommes bien portants et nous pouvons cohabiter pacifiquement avec les autres sans problème. »***

Cet extrait met en lumière les principales sources d'attitudes négatives qui font que les anciens toxicomanes ne soient pas bien réintégrés. Ils doutent de leur crédibilité auprès de l'entourage.

Il insiste sur le fait d'avoir un emploi rémunérateur pour se prendre en charge. Il trouve que le manque d'emploi ou d'une profession est la source principale qui peut conduire l'ancien toxicomane à recommencer la prise de la drogue.

Il ajoute :

> ***« Kandi igikuru cane kugira ntidusubire muri ivyo bintu ni uko tworonka ikintu dukora kandi kituzanira amahera, ubwo bushomeri, uko kwicara ku « maligala » biratuma umuntu yiyumvira nabi. Muri ico gihe hako aja kwiba ngo birirwe baramumerera nabi, aca aja kunywa « drogue » kugira ngo arabe ko izo ngorane yozibagira canke zomuvamwo. »***

c'est-à-dire :

> ***« Le plus important pour que nous ne retombions pas dans la toxicomanie, c'est d'avoir un emploi rémunérateur. Le chômage et le désœuvrement poussent les anciens toxicomanes à développer les mauvaises idées. Alors au lieu d'aller voler avec toutes les conséquences que cela entraîne, on préfère consommer la drogue pour oublier ces problèmes ».***

De l'autre côté, les attitudes qu'ont les différents acteurs et la société en général à l'égard des toxicomanes ne sont pas encourageantes. Ils sont laissés à eux-mêmes. S'exprimant à propos de ce rejet, MIKE dit ceci :

> ***« Ikintu kitazomva mu mutwe igihe nari ngifata ibiyayuramutwe, ni agasuzuguro, akagaye. Urashobora kubona nk'umuntu mungana akagufata « munsi y'ubuntu ». Ico ni ikintu cangumye mu mutwe kitazopfa kimvuyemwo ».***

Ce qui peut se traduire comme suit :

> ***« Une chose qui m'a beaucoup marqué et qui restera gravée dans ma mémoire, c'est le mépris dont je faisais l'objet de la part de l'entourage quand je consommais encore la drogue. Tu peux voir une personne de votre génération te considérer au bas de la dignité humaine ».***

Le fait de se considérer comme méprisé par les personnes non dépendantes peut continuer à annihiler chez le toxicomane ses ambitions et la volonté de faire face à la drogue. Conséquemment , le toxicomane s'enferme dans le cercle vicieux de la dépendance aux toxiques. Comment pouvons-nous alors interpréter la toxicomanie et la réintégration de MIKE ?

VII.1.3. Discussion et commentaire sur le cas MIKE

L'aisance matérielle dans laquelle MIKE a évolué ainsi que le comportement de ses pairs ont contribué à ce que MIKE expérimente la drogue. Il est de ces jeunes de la ville qui, fiers de l'aisance matérielle dans la famille commencent à consommer la drogue dès le bas âge.

Nulle part dans son anamnèse on ne retrouve pas de problèmes particuliers qu'il aurait rencontrés et qui l'aurait poussé à consommer la drogue. Il vivait dans un climat familial sain. Son père et sa mère vivaient paisiblement en bonne entente et collaboraient parfaitement avec l'entourage.

A propos des facteurs à la base de son intoxication, nous constatons que les relations avec d'autres toxicomanes seraient la principale raison de son intoxication.

En effet, l'influence des autres fumeurs du cannabis pour commencer a été pour beaucoup dans l'acquisition de cette attitude toxicomaniaque. MIKE aurait été influencé par un groupe de fumeurs de cannabis en l'occurrence ses cousins avec qui il partageait la drogue depuis son arrivée en OUGANDA. L'esprit de groupe joue beaucoup dans la prise de la drogue comme le précise VARENNE, G.

> ***« Le consommateur éprouve une sensation de bien être physique et psychique, de satisfaction intérieure, de bonheur intime qu'il veut communiquer à son entourage ».*** [99]

Cette idée est soulignée par l'équipe des scientifiques de l'OMS qui précise dans son rapport que :

> ***« ceux qui s'adonnent au cannabis citent souvent parmi les raisons qui les ont incités à commencer, leurs relations avec d'autres preneurs, la curiosité des effets de la drogue, un désir de détente, la recherche d'un dérivatif ou d'une sensation agréable ».***[100]

Fondamentalement donc, l'influence des autres fumeurs de cannabis a été la principale porte d'entrée dans le cannabisme chez MIKE. Avec le cannabis, « drogue douce », le consommateur peut escalader vers d'autres drogues dites « dures » ce qui a été le cas chez MIKE. Celui-ci a passé de la consommation du cannabis à celle de l'héroïne.

En ce qui concerne la réintégration de MIKE, nous pouvons dire qu'elle a réussi au niveau familial et scolaire. En effet, MIKE est actuellement en bons termes avec son entourage familial. Il le dit lui-même quand il avoue qu'auparavant,

---

[99] VARENNE, G.,op.cit P371

[100] OMS, l'usage du cannabis : rapport d'un groupe scientifique de l'OMS, Génève,OMS, 1971, p.4

quand il prenait encore l'héroïne, il était un « monstre », il ne voulait communiquer avec personne. Il vivait en solitaire et cette solitude se faisait remarquer quand il était en période de manque. C'est grâce à l'action conjuguée des éducateurs du centre et celle de ses parents qu'il est parvenu à recouvrer ses capacités de réintégration sociale. En effet, il est retourné à l'école, y est resté jusqu'à la fin de ses études si bien qu'il est actuellement diplômé.

Il faut remarquer que la volonté et la motivation de MIKE à se réintégrer ont une part considérable dans sa situation actuelle de post-cure : c'est lui-même qui a cherché quelqu'un pour l'aider à abandonner la drogue. Il avait tenté plusieurs fois d'abandonner l'héroïne ; mais comme tout son groupe en consommait toujours, il lui a été difficile de se débarrasser de son équipe. Malgré cette réintégration familiale, nous devons noter qu'elle reste handicapée par la non intégration professionnelle. En effet, MIKE n'a pas encore trouvé d'emploi malgré son diplôme.

Grâce au support analytique émanant des opinions de sa mère, son entourage, de lui-même, mais aussi de nos observations, nous pouvons avancer l'hypothèse d'une relative réussite de sa réintégration sociale.

Nous disons une relative réintégration sociale parce que nous pensons que la réintégration effective n'est possible que quand tous les aspects de l'intégration sont réunis, il s'agit entre autre de l'intégration psychologique, familiale, sociale et économique.

Ainsi pour le cas de MIKE, nous trouvons que l'intégration économique est loin d'être remplie et cela pour des raisons de manque d'un emploi rémunérateur. Le manque d'emploi suscite d'autres problèmes existentiels, surtout pour quelqu'un comme MIKE qui est à l'âge de produire pour se prendre en charge au point de vue financier.

Il transparaît de part les différents facteurs qui entrent en jeu dans la réintégration socio-professionnelle, facteurs dont la liste n'est d'ailleurs pas exhaustive, que la réussite de la réintégration n'est possible que dans un contexte bien déterminé et à certaines conditions bien sûr, variant d'une personne à l'autre. Pour le cas précis de MIKE, nous constatons que la barrière fondamentale à sa réintégration effective trouve son origine dans le fait qu'il n'a pas d'emploi pouvant lui permettre de s'auto suffire économiquement.

VII. 2. Cas JONY

VII. 2.1 Présentation du cas JONY

Jony est né à GITEGA, il est âgé de 25 ans et a fait ses études jusqu'en 6ème année primaire. Jony est un garçon toujours en solitaire. Il manifeste une méfiance surtout à l'égard de l'étranger. Jony affiche une mine morose qui lui confère un air difficilement abordable. Toutefois, il n'est pas agressif. Il est sans vivacité et affiche un manque d'intérêt et d'enthousiasme au dialogue. Quand il parle, les mots viennent difficilement comme s'il voulait interrompre la conversation. Ses contacts avec les autres jeunes pris en charge comme lui par l'association New Generation sont moins fréquents.

Aucun signe physique particulier ne montre qu'il avait consommé la drogue pendant une si longue période de 1988 à 1997. Précisons que Jony était un consommateur de cannabis et que ce dernier avait altéré sa conscience. Au moment de l'enquête, il habitait au centre d'hébergement de l'association New Generation où il partageait la vie avec ses camarades dont la plupart étaient consommateurs de drogues.

VII.2.2. Informations recueillies sur le cas

Jony est issu d'un père inconnu et d'une mère à partenaires multiples. Sa mère a sept enfants à sa charge et Jony est le deuxième enfant mais aussi le premier garçon de cette famille. Cette famille menait une vie difficile au point de vue économique car la maman n'était pas en mesure de satisfaire aux besoins de la famille. Précisons que pour tous les sept enfants, personne ne partage le père avec un autre. Cette situation a beaucoup affecté psychologiquement Jony. Voici comment il s'exprime.

> ***« Jewe sinigeze menya Papa. Tuvukana turi indwi kandi nta n'umwe yari asangiye se n'uwundi. Ngize ndabaza maman ngo anyereke Papa, yambwira amazina y'abagabo bashika nka bane. Uku kuntu maman yigenza nabi hamwe n'abagabo vyarambabaza cane. Nca mbona ko kugira ndavyibagire ari ukunywa urumogi. Munyuma naciye mva hafi yiwe nja kuba kwa Nyokuru. »***

ceci peut approximativement se traduire en français comme suit :

> ***« Je n'ai jamais connu mon père. je fais partie d'une famille de sept enfants dont chacun a son propre père. Il arrivait des fois où je demandais à ma mère de me présenter mon vrai père, elle me citait quatre noms différents. Le comportement irresponsable de ma mère vis-à-vis de ses amants me touchait profondément et me causait beaucoup de peine de telle sorte que j'ai trouvé la solution dans la consommation du cannabis. Par après, j'ai dû quitter la famille pour aller vivre chez ma grand-mère. »***

Les relations entre Jony et sa mère étaient caractérisées par des disputes et d'après ses dires, il arrivait même que Jony batte sa mère. Cette situation a favorisé le développement de certains comportements antisociaux chez Jony. En effet, il ne voulait plus entendre parler de sa mère, ce qui a influencé négativement son développement psycho-affectif. Ceci se remarque même aujourd'hui au niveau de ses relations avec ses camarades du centre d'accueil de New Generation. En effet, ses contacts avec les autres jeunes du centre sont moins fréquents. Il manifeste un désintéressement de tout ce qui se passe autour de lui. Et comme on le dit, le malheur ne vient jamais seul. La situation problématique dans laquelle vivait Jony s'est aggravé lorsqu'à l'âge de 15 ans, il assista impuissant à la mort de sa grand-mère. La mort de sa grand-mère l'a beaucoup affecté ; il s'est trouvé plongé davantage dans la consommation de la drogue soi-disant pour alléger ses souffrances morales comme il le dit dans ce témoignage :

> ***« Iryo tabi riragabanya ingorane. Jewe nabonye ko Nyokuru apfuye kandi ari we nsigaranye, nca mbona ko atakindi congabanya ingorane atari ukubandanya mfata iryo tabi».***

Ce qui peut se traduire comme suit :

> ***« Cette drogue allège les souffrances. Et j'ai vu que rien d'autre ne pouvait alléger mes souffrances après la mort de ma grand-mère, la seule qui me restait, c'est pourquoi j'ai continuer à en consommer.***

Ceci montre le début d'une faille dans le développement du sujet aux conséquences probablement fâcheuses. Ainsi, après la mort de la grand mère, Jony s'est trouvé contraint de descendre à Bujumbura pour y chercher du travail, mais pratiquement il s'est livré à la délinquance avant d'être récupéré par l'association New Generation.

D'après ses propos, Jony n'avait aucune connaissance à Bujumbura. Il dormait à la belle étoile à la place de l'Indépendance avec ses camarades de groupe avec qui il partageait le cannabis. La mort de la grand-mère semble avoir joué dans la désorganisation de la personnalité de Jony. Il apparaît que le sujet présente des troubles de comportements si l'on s'en tient à certains indices.

En effet, au niveau affectif, la séparation avec la mère et la mort de la grand-mère qui s'en est suivie auraient occasionné une perturbation au niveau affectif. Il reste en effet sous l'emprise d'une forte angoisse et se replie sur lui-même dans la solitude.

Au niveau relationnel, nous pouvons signaler les contacts difficiles de Jony avec les autres enfants hébergés ensemble et le mépris qu'il affiche vis-à-vis de l'étranger. Ceci l'enfonce davantage dans son isolement.

VII. 2.3. Discussion et commentaire sur le cas

La discussion du cas JONY nous semble axé sur l'absence du père et sur la disparition de sa grand-mère.

a. L'absence du père et le manque de substitut valable.

L'enfant a été élevé dans des conditions misérables, angoissantes en dehors du climat fraternel. Jony n'était pas à l'aise avec la situation dans laquelle il vivait en présence de ses demi-frères et surtout le comportement irresponsable de sa mère. Comme nous l'avons précisé, sa mère était une femme à partenaires multiples. Jony ne connaissait pas son père.

Nous pouvons considérer l'absence du père comme étant l'un des éléments centraux du traumatisme affectif qui a occasionné le recours à la consommation de la drogue. Nous devons préciser cependant que le simple fait de n'avoir pas le père à son côté ne suffit pas pour expliquer la situation de Jony. Tant d'enfants grandissent normalement dans des familles sans père. Ceci aurait été aggravé par le comportement irresponsable de la mère que Jony ne supportait pas du tout.
Néanmoins, nous tenons à préciser que le simple fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels n'est pas forcément un indice qui pousserait la mère à ne pas aimer ses enfants. En effet, une femme à partenaires multiples peut être une mère attentive pour ses enfants. Mais pour le cas présent, en dehors de cette conduite sexuelle irresponsable, la mère ne réservait pas du temps pour s'occuper de ses enfants comme le font d'autres « bonnes » mères. La mère de Jony rentrait tard la nuit, du moins si l'on en croît au propos de ce dernier.

D'une manière générale, la consommation de la drogue peut être le choix délibéré d'un individu ou influencé par autrui ou d'autres facteurs. Ce choix est fait tantôt pour expérimenter la drogue tantôt pour fuir les multiples problèmes de la vie.

Et comme le précise E. MANIRAKIZA,

> ***«Consommer la drogue est considéré comme le refuge suite aux problèmes multiples de la vie. Certains ont fait recours à la toxicomane suite à leur situation familiale compliquée ».***[101]

Pour le cas présent, la consommation de la drogue est d'autant considérée comme refuge que le milieu socio-affectif dans lequel il a évolué était difficilement supportable.

---

[101] MANIRAKIZA E.,Exposé sur la « problématique de la drogue au Burundi » à l'occasion de la journée internationale de lutte contre la drogue, Centre Islamique, Bujumbura, 26,Juin 2001.

Le sujet à l'étude se posait tant de questions sur ses études, son avenir, etc, autant d'interrogations qui creusent dès lors des vertiges d'angoisses parce qu'il restait sans réponses.

A défaut de réponse, il n'avait d'autres choix que de s'en dérober quelques fois, et c'est dans ce contexte que Jony s'est trouvé plongé dans une intoxication permanente.
Et comme le soutiennent certains psychanalystes,

> ***« Fumer est souvent quelque chose de très important et on y renonce rarement sans trouver un substitut. Fumer est parfois vital surtout si on vit dans un milieu où règne le désespoir (...) le fait de fumer évite à certains individus de tomber dans la maladie mentale »***[102]

Fumer le cannabis est donc pour le cas présent un moyen d'oublier ses préoccupations quotidiennes qui peuvent être à l'origine de la perturbation mentale. Dans ses propos , il affirme se souvenir des moments de joie qu'il ressentait quand il était sous l'effet du cannabis.
Pour Jony, c'était la joie, le bonheur, la tranquillité, la paix intérieure et le sommeil à la prise du cannabis et tout ceci lui permettait d'oublier un moment ses soucis.

> ***« Iyo nanyoye akamogi,numva nezerewe, ntangorane nasubira kwibuka, ahubwo numva mfise amahoro, ntekaniwe kuburyo natora agatiro ata ngorane. Ariko iyo ntagafashe, naguma niyumvira ibintu vyinshi vyaheze nkaca ndara nkanura. »***

c'est-à-dire :

> ***« Quand je fumais le cannabis, j'étais joyeux, je ne me souvenais plus de mes problèmes, au contraire, j'éprouvais la paix et la tranquillité de façon que je m'en dormais sans problème. Mais quand je n'en avais pas pris, je restais plongé dans mes mauvais souvenirs jusqu'à passer une nuit blanche».***

C'est justement pour échapper à l'ennui et à la frustration que Jony faisait usage de cannabis. En effet, il ne fumait pas le cannabis pour le plaisir de fumer mais parce que, dit-il devait au quotidien faire face aux problèmes insolubles.

De ce qui précède, nous constatons que le comportement irresponsable de la part de la mère et surtout le manque d'amour parental constituent pour Jony la perte de l'image parental et ceci a occasionné un choc émotionnel intense. Et dans son développement psychoaffectif, Jony était sensible aux effets du choc.
En effet, il n'était pas encore mûr pour résister aux frustrations. La force du traumatisme qu'a connu Jony pendant son enfance, a été suffisante pour mettre

---

[102] WINNICOTT, D. W.et al op.cit,p237

en échec les mécanismes de défense habituellement efficaces d'où l'apparition d'une gamme de manifestations antisociales.

L'absence des figures parentales et surtout de la mère qui incarne la valeur d'une mère protectrice et responsable a occasionné des difficultés chez Jony dont la perte de la chaleur affective, l'inhibition et l'angoisse. Pour comprendre la réaction d'un enfant à la séparation avec la mère ou d'une mésentente avec celle-ci, il est nécessaire de comprendre le lien qui l'attache à cette figure maternelle.

En effet, la relation de la mère avec son enfant est une relation d'amour, d'affection ; choses qui manquaient dans les relations de Jony avec sa mère.
La mère est conçue par son enfant non seulement comme source de biens, mais aussi comme source de protection. On peut le remarquer à travers l'attachement qu'elle manifeste et les soins qu'elle porte à son enfant.
Les psychanalystes ont été unanimes à reconnaître que la première relation humaine de l'enfant avec sa mère est la pierre angulaire de sa personnalité. Il va de soi que si l'enfant doit finalement évoluer jusqu'à devenir un individu adulte sain, indépendant et socialisé, il est absolument nécessaire qu'il y ait un bon départ. Dans la nature, ce bon départ est assuré grâce à l'existence d'un lien entre la mère et l'enfant, grâce à l'amour. Ce qui n'a pas été le cas dans les relations de JONY avec sa mère.

Ici nous voulons attirer l'attention sur la contribution immense que la bonne mère apporte avec l'aide de son entourage familial en se dévouant à son enfant.

L'enfant a besoin non seulement de la chaleur de la part de sa mère mais aussi de son amour. Il faut être en mesure de lui apporter l'aide qu'il désire et l'affection. Il faut qu'une mère protège son enfant d'une déception trop précoce ou trop directe ; comme le précise bien WINNICOTT :

> « ***Le développement affectif d'un bébé commence dès le début de sa vie. Si nous devons juger la manière dont un être humain se comporte avec les autres et voir comment il construit sa personnalité et sa vie ; nous ne pouvons pas nous permettre de laisser de côté ce qui se passe au cours des premières années...*** »[103]

Nous constatons donc que les premiers moments de la vie de l'enfant nécessitent une attention particulière et un dévouement considérable de la part de la mère qui en fin de compte détermineront la personnalité de cet enfant.

---

[103] WINNICOTT, D.W. l'enfant et la famille, Paris, Payot, 1978 p. 24

b. La disparition de la grand-mère

Jony a développé une angoisse liée à la mort de sa grand-mère. Il considère que si sa grand-mère était encore en vie, il ne serait pas aussi malheureux qu'il l'est maintenant. Il ajoute qu'il n'aurait pas sombré davantage dans l'intoxication. Il s'exprime en disant:

> « ***Iyo Nyokuru adapfa simba naragize ingorane zingana uku. Ndavye ukuntu yankunda n'ibintu twari dufise kwa nyokuru, iri tabi ntiryari kungirira inkurikizi mbi nk'izi mfise ubu ".***

Ceci peut se traduire comme suit :

> « ***Si ma grand-mère n'était pas morte, je n'aurais pas connu de tels problèmes. A voir comment elle m'aimait et les biens que l'on avait, je pense que la drogue n'aurait pas d'aussi effets négatifs sur ma santé***".

Ce passage montre que la mort de la grand-mère a été une occasion de plus pour Jony de sombrer davantage dans son angoisse, surtout qu'il n'avait pas quelqu'un d'autres pour lui venir au secours. Il n'avait pas d'autre choix que d'aller dans la rue pour mendier.

Dès la mort de sa grand-mère, Jony envisage son avenir avec peu d'espoir.
Cette situation est exacerbée par le fait qu'il ne connaît aucun métier qui pourrait lui procurer les moyens de subsistance pour se prendre en charge au moment où il devra quitter le centre d'hébergement.

En analysant les données recueillies sur le cas de Jony, nous constatons que la situation dans laquelle vit Jony serait due à deux facteurs principaux à savoir l'absence du père ou la non reconnaissance du fils par son père et l'irresponsabilité de la mère qui, nous le rappelons, était une femme à partenaires multiples.

Le fait que le père n'a pas reconnu son fils dénote qu'il y avait tout au moins un divorce émotionnel entre ses parents, ce qui sous-entend une insuffisance si non une absence d'affection dans les rapports entre le père et la mère. Ceci nous amène encore une fois à nous interroger sur l'impact ou la part de la polygamie sur le développement psychoaffectif de l'enfant. Ceci ferait l'objet d'un autre travail à la taille de celui-ci. Impossible donc de le développer dans ce paragraphe.

Et ici la responsabilité serait partagée par toute la famille comme le dit bien LAING :

> « ***Ce n'est pas seulement la mère, mais toute la situation familiale qui peut faire l'obstacle à la capacité qu'à l'enfant de s'insérer dans un monde réel et partager en tant que moi avec autrui »***[104]

Cette idée met l'accent sur la part de l'interaction familiale dans l'étiologie des comportements antisociaux chez l'enfant, dont la toxicomanie. Dans son essence, la dynamique familiale est constituée de l'ensemble des forces qui affectent le comportement de chaque membre de la famille. Ce qui fait que si l'une des forces est absente et qu'elle ne trouve pas son substitut valable, cela ne peut rester sans conséquences sur le développement et le fonctionnement de la famille en tant qu'unité.

Les conditions de vie difficile que Jony fut contraint de subir en sont un exemple parlant. Ce qui nous conduit à dire que la situation actuelle de Jony aurait subi l'influence néfaste et nocive des conditions qui ont précédé sa consommation de la drogue.

Toujours dans ce commentaire, nous nous basons sur cette réflexion que nous empruntons à Freud :

> « ***Le processus culturel de l'humanité comme le développement de l'individu sont des processus vitaux : ils doivent donc participer au caractère le plus général du fonctionnement de la vie. Nous sommes en droit d'adresser des reproches à ce Surmoi collectif touchant ces exigences éthiques. Il ne se soucie pas de la constitution psychique humaine. Il édicte une loi et ne demande pas s'il est possible à l'homme de la suivre. Il présume plutôt que tout ce qu'on lui impose est psychologiquement possible au Moi humain et ce Moi jouit d'une autorité illimitée sur son soi. C'est là une erreur même chez l'homme prétendu normal; la domination par le Moi ne peut dépasser certaines limites. Exiger davantage, c'est alors provoquer chez l'individu une révolte ou une névrose ou le rendre malheureux ».***[105]

Point n'est besoin de redire que la famille peut regorger en son sein des contradictions et des facteurs de nature à générer des troubles psychiques graves chez ses membres dont l'issue peut être la toxicomanie. Le cas de Jony en serait un bon exemple. Jony n'était pas d'accord avec le comportement de sa mère, d'où déclenchement de la mésentente entre lui et sa mère.

Dans notre pays, nous savons que normalement la tâche de la mère dans l'encadrement ou l'éducation de l'enfant est primordiale. Pour le cas présent, la mère était presque absente car, elle ne se souciait point de l'éducation de ses enfants comme nous l'a précisé Jony lors de nos entretiens. Elle rentrait tard la nuit, elle s'était désengagée de ses fonctions d'une bonne mère.

---

[104] LAING., S., Le moi divisé, Edition stock, Paris, cité dans le cours d'Anthropologie psychanalytique par NKUNZIMANA. P. cours inédit, A. A 1998-1999

[105] FREUD, S. , Op. cit., Paris , P.U.F., 1971,p.18

Or une bonne mère se charge de former le corps de ses enfants. Elle forme également leur esprit en inculquant le sens de respect, de l'amour parental et fraternel, la politesse dans le langage et dans les actes.
Elle intervient donc dans le développement des facultés que réclame la société en vue de la perfection de l'enfant dans toutes les dimensions. De cette façon, la mère participe au développement physique, moral et intellectuel de l'enfant.

A ce propos WINNICOTT propose aux mères de trouver un moment propice où elles transmettent des connaissances et partagent leurs expériences avec leurs enfants.

> ***« La bonne mère normale sait sans qu'on le lui dise que pendant ce temps rien ne doit s'immiscer dans la continuité de la relation entre l'enfant et elle-même. Sait aussi que lorsqu'elle agit tout naturellement de cette manière, elle établit les fondements de la santé mentale de son enfant et que celui-ci ne peut parvenir à l'intégrité de cette santé mentale s'il n'a pas eu au début, exactement cette sorte d'expérience qu'elle prend tant de peine à fournir»***[106]

Remarquons que toutes ces qualités d'une bonne mère étaient absentes chez la mère de Jony. Dans ses propos, ce dernier regrette la mort de sa grand mère qui dit-il, avait remplacé sa mère dans son éducation. Il dit qu'il vivait en parfaite collaboration avec sa grand-mère.

Nous constatons que, parmi les étiologies de la toxicomanie, les facteurs familiaux seront incriminés pour le cas de Jony. En effet, selon les propos de M.CHAMI, les causes familiales sont retenues en premier lieu.

> « ***Car les épidémiologues constatent que 80% des toxicomanes invétérés auraient des antécédent psychopathologiques»***[107]

Aussi dans le cadre des recherches menées en France, on note que la plupart des individus qui ont recours à la drogue de manière régulière ont subi de graves traumatismes lors qu'ils étaient enfants. Parmi les facteurs qui contribuent à leurs déséquilibre, on remarque selon les différentes recherches : des carences affectives précoces, des déplacements hors du domicile familial peu après la naissance, le décès d'un frère ou d'une sœur en bas âge, une forte jalousie à l'égard d'un autre membre de la fratrie, des signes de dépression ou alcoolisme chez les parents.

Toujours dans le cadre des études des facteurs motivationnels à la base de la conduite toxicomaniaque, de telles études ont conclu que chez les héroïnomanes,

---

[106] WINNICOTT, D. W. ; op. cit. ; p. 142
[107] CHAMI, M. ; op.cit ; p.66

la difficulté de la communication parents enfants est inscrite très tôt dans l'histoire et le vécu du sujet, comme c'est le cas chez les psychotiques.

Aussi dans son étude sur les facteurs motivationnels à la base de la consommation de la drogue, MUSAFIRI L. tirant la conclusion sur la part des conflits familiaux, il écrit :

> ***« Ainsi à travers ces motivations psychosociales que les trois toxicomanes ont évoqué, nous remarquons que notre hypothèse selon laquelle " les raisons qui poussent certains jeunes à consommer du chanvre à fumer sont liées aux difficultés quotidiennes vécues dans leurs familles et entourage" a été vérifié »***[108]

Par ailleurs, après l'interprétation de ces trois cas de toxicomanes burundais qu'il avait étudiés, il nous fait remarquer que d'une manière générale, il y a une raison presque commune du phénomène de la toxicomanie à savoir la défaillance dans la communication parents-enfants qui apparaît le plus souvent dès le jeune âge.

Aussi faut-il souligner que Madame E. SIMBANANIYE dans son étude sur le phénomène de la drogue en arrive à des conclusions similaires. En effet, entre autres circonstances motivant l'individu à s'engager volontairement dans la toxicomanie, elle cite :

> « ***Les difficultés familiales complexes telles que; les conflits familiaux, le milieu familial désuni, le milieu familial très aisé, mais non affectueux, les enfants élevés par un parent seul, les maladies mentales chroniques du sujet comme la dépression, les antécédents psychiatriques familiaux comme la toxicomanie, l'alcoolisme, d'autres troubles mentaux dans la fratrie ou au niveau du couple parental».***[109]

Ceci étant, il est vrai que la famille joue un rôle dans la survenue de cette conduite toxicomaniaque, mais il faut noter et tenir compte avec M. CHAMI que 50% environ des familles toxicomanes peuvent être considérées comme apparemment normales. Dès lors, il ne s'agit pas de rejeter" toute la faute" sur la famille ou tenir les parents pour "responsables" de la toxicomanie de leurs enfants, mais reconnaître par ailleurs la part individuelle. En effet, tous les enfants des familles à problème ne deviennent pas pour autant toxicomanes. Il nous semble cependant que le milieu familial désuni, non affectueux et l'élément central de la toxicomanie de JONY.

---

[108] MUSAFIRI, L. ; op.cit p.120

[109] SIMBANANIYE, E. ; Contribution à l'étude du phénomène de la drogue au Burundi (cas de la mairie de Bujumbura), Mémoire, Bujumbura, U.B-F.P.S.E, 1998 ; p.206.

A partir de l'analyse du récit et des observations faites sur le cas de Jony, l'on est porté à croire qu'il existe une certaine tension psychique qui le menace jusqu'aujourd'hui dans non inconscient. Cette tension serait liée :

- A l'insatisfaction ou insécurité affective due peut-être à l'abandon d'abord de sa mère dès le bas âge, puis à la mort de sa grand-mère.

- Aux sentiments d'humiliation de la part de ses pairs parce qu'issu d'un père inconnu et d'une femme publique (« mwana haramu ») comme ses pairs le surnomme, c'est-à-dire « Enfant bâtard ».

- Aux tensions qui peuvent également être suscitées par le fait qu'il ne connaît pas son père et qu'il n'a pas eu de substitut valable pour assurer une affection suffisante qu'il aurait reçue de la part de ses parents en l'occurrence son père.

En confrontant les données recueillies sur le cas , nous constatons que Jony connaît une faible réintégration sociale car malgré l'encadrement psychologique qu'il reçoit de la part des éducateurs du centre, il noue difficilement les relations avec son entourage. Son espoir est sombre quant à son avenir. Ceci est aggravé par le fait qu'il ne connaît aucun métier qui pourrait l'aider à subvenir à ses besoins.

Les données de sa monographie nous montrent que la barrière fondamentale de sa réintégration socioprofessionnelle trouve son origine dans sa prime enfance. En effet, son évolution et les conditions dans lesquelles Jony a mené sa vie nous poussent à affirmer qu'il éprouve des difficultés énormes. La quasi-absence d'une base psychoaffective solide ne pouvait rester sans conséquences psychologiques sur sa santé mentale.

Les peurs et les angoisses qu'il vit actuellement et qu'il a de son avenir sont des éléments qui prouvent des tensions considérables à l'intérieur de celui-ci. La mort subite de sa grand-mère a été un élément de plus pour son inadaptation sociale. En effet, celle-ci est imputable à une disparité entre le développement de sa capacité à s'adapter constamment aux situations et exigences nouvelles consécutives à cet événement douloureux survenu.

Les problèmes psychologiques que présente le cas à l'étude sont non seulement liés aux chocs émotionnels mais aussi au statut socio-économique de la grand-mère qu'il ne peut plus prétendre atteindre.

En effet, nous avons remarqué que la grand-mère avait un statut socio-économique élevé. Mais suite à la mort de celle-ci, Jony a été plongé dans des conditions socio-économiques difficiles alors qu'il était habitué à vivre dans une aisance matérielle.

VII.3 Cas NOVA

VII.3.1. Présentation du cas NOVA

Né à CIBITOKE en mairie de Bujumbura en 1975, NOVA est issu d'une famille « protestante ». Il a fait ses études jusqu'en 10ème année qu'il a par après abandonné suite à un renvoi définitif pour cause d'une dispute avec un professeur.

NOVA est un garçon qui manifestement ne présente aucune difficulté au niveau physique. Encore célibataire, il présente une bonne santé physique. Très souriant et prêt à communiquer, il vit en parfaite collaboration avec son entourage et toute sa famille. Précisons que NOVA a changé de religion et qu'il s'est maintenant converti au protestantisme. Il fait parti de la secte ou mouvement religieux « Eglise évangélique internationale de Foursquare ». Cadet d'une fratrie de 6 enfants dont 4 filles et 2 garçons, NOVA a commencé à consommer du cannabis à l'âge de 15 ans en groupe avec son frère aîné ainsi que ses amis du quartier. Il a perdu son père depuis 1990.

Issu d'une famille de commerçants, NOVA a dû lui aussi apprendre le métier de ses parents pour bien s'intégrer professionnellement. Il se dit satisfait des revenus qu'il gagne.

VII. 3.2. Informations recueillies sur le cas

NOVA est âgé de 26 ans. Il a commencé à consommer du cannabis depuis 1991suite à l'influence du groupe. D'après ses propos, ses amis l'ont conduit dans la toxicomanie car eux aussi étaient des consommateurs du cannabis. Ecoutons dans cet extrait comment il décrit son entrée dans la toxicomanie.

> ***« Jewe natanguye gufata ibiyayuramutwe kubera ubu « Rasta ». ico gihe nari mu mwaka w'icumi(10è année), hari kuri 10ème anniversaire y'urupfu rwa « Bob Marley ». Mugabo muvyukuri sinarinzi ico ndiko ndagira. Narabandanije ndarufata gushika aho numva ntaruronse ntashobora gusinzira. »***

Ceci peut se traduire approximativement en français comme suit :

> ***« Moi, j'ai commencé à prendre la drogue par l'influence du rastafarisme. A ce moment, j'étudiais en 10è année. C'était le jour du 10è anniversaire de la mort de Bob Marley. Mais à vrai dire, à ce moment je ne savais pas ce que j'étais entrain de faire. J'ai continué à prendre cette drogue jusqu'à un stade où je ne pouvais pas m'endormir sans fumer du chanvre ».***

NOVA affirme qu'il a eu des problèmes avec sa famille quand il a commencé à prendre du cannabis. Ses sœurs ainsi que sa mère n'ont pas bien accueilli ce comportement. La mère, comme elle nous l'affirme, avait mis tant d'espoir en NOVA et croyait qu'il allait au moins lui, être un homme responsable car son

frère aîné s'était déjà livré à la délinquance. L'entrée de NOVA dans la toxicomanie a été un coup dur pour la mère surtout qu'elle venait de perdre son mari. Cet extrait est riche d'explication :

> ***« Aho NOVA atanguriye kunywa urumogi , vyarambabaje cane kuko narinzi ko ariwe nsigaranye kuko se yaheruka kwitaba Imana, mukuruwe nawe yari yigize ikibandi co mu gisagara. Mugabo narakomeje ndasenga Imana gushika aho imungarurira, none ubu ni muzima ».***

Ceci peut se traduire ainsi :

> ***« L'entrée de NOVA dans la toxicomanie m'a beaucoup frappé car j'avais mis beaucoup d'espoir en lui. Son père venait de mourir et son grand frère s'était livré à la délinquance dans la ville. J'ai continué à prier pour lui et heureusement il a été sauvé et maintenant il est bien portant ».***

Concernant ses relation avec son entourage, NOVA se dit satisfait de l'état actuel car dit-il, auparavant, quand il était encore toxicomane, il était haï par tout le monde de part sa tenue vestimentaire, les actes délictueux qu'il commettait notamment le vol et l'escroquerie pour faire face au besoin ardent d'argent. Tout le monde, excepté bien sûr son groupe, l'écartait, il était marginalisé.

S'agissant des attentes vis-à-vis de sa profession, NOVA est relativement satisfait des revenus que ça lui procure. Il nous a dit qu'il parvient à satisfaire ses besoins courants. Néanmoins, il garde un mauvais souvenir de la période où il était dépendant de la drogue. Ce mauvais souvenir serait l'une des principales barrières relatives à sa réintégration effective dans la société. Comme il s'exprime :

> ***« Nguma mbona ko abantu bakimbonamwo umunywarumogi kandi nararuhevye ; ngaca mbona ko bakingaya nk'uko vyari igihe nari nkirunywa ».***

C'est-à-dire :

> ***« je vois toujours que la plupart me considèrent comme toxicomane et partant me méprisent comme si je consommais encore la drogue ».***

De l'autre côté, les attitudes qu'ont les différents acteurs en premier lieu les pouvoirs publics et la société en général à l'égard des personnes toxicomanes ne sont pas encourageantes. A cet effet, écoutons ce qu'en dit NOVA,

> ***« Leta nta kintu na kimwe ikora kugira ifashe abantu banywa canke bahora bafata ibiyayuramutwe. Umengo si abana b'igihugu».***

C'est-à-dire :

> ***« les pouvoirs publics ne font rien en faveur des toxicomanes, et/ou des anciens toxicomanes . On dirait qu'ils ne sont pas des citoyens comme tout le monde ».***

L'inexistence des structures adéquates pour venir en aide aux toxicomanes a fait que ces derniers soient laissés pour compte. Cette situation peut en revanche constituer un cercle vicieux pour le toxicomane qui, voulant quitter l'intoxication, trouve devant lui d'autres barrières dont le manque de structures adéquates qui pourraient le récupérer et assurer sa réintégration effective.
Pour les cas à l'étude (NOVA), il se dit satisfait grâce à sa conversion au protestantisme. Il avoue implicitement que dans sa souffrance, il ne lui restait en guise de dernière et unique consolation qu'à se confier à son Dieu.

VII. 3. 3. Discussion et commentaire sur le cas

L'influence du groupe et la disponibilité du cannabis dans le Quartier(aux ligalas) ont fait que NOVA persiste dans la dépendance toxicomaniaque. Il s'est vu plongé dans l'intoxication permanente suite à l'influence de certains mouvements de la jeunesse importés de l'étranger dont le rastafarisme comme il nous l'a précisé lors de nos entretiens.

En effet, certains artistes qui prennent des drogues et s'en vantent dans leurs chansons ou dans la presse ont sans doute une « mauvaise » influence sur certains adolescents « paumés » à la recherche de leur identité. Les jeunes s'identifient facilement aux vedettes qu'ils admirent et tentent de les copier ; ce sont des modèles identificatoires. C'est effectivement le cas de la jeunesse Burundaise qui s'est laissée influencer par des mouvements importés de l'extérieur sans pour autant connaître leurs objectifs réels.

A partir de 1968, comme l'écrit E. SIMBANANIYE,

> « ***Il est apparu des mouvements de jeunesse importés de l'étranger et qui prônaient entre autres comportements, la consommation des drogues. Il s'agit surtout des mouvements de Hippies (en 1968) et des rastas un peu plus tard ».***[110]

Le hippisme est un mouvement né à San Francisco aux USA vers les années 1960. Il prônait « l'amour universel » dans des slogans comme « Faites l'amour et non la guerre ». Dans sa ligne de conduite, ce mouvement ne dédaignait pas la débouche et la drogue qui était considérée comme une « solution » à toutes les frustrations.

Le rastafarisme quant à lui est né dans les bas fonds des bidonvilles de la Jamaïque et il a fort influencé beaucoup de jeunes Burundais qui glorifiaient les

---

[110] SIMBANANIYE.E.,op.cit .,p.111

idées de bob Marley. Ce chanteur jamaïcain prônait de se droguer pour méditer sans penser aux problèmes sociaux du moment.

Ainsi, les adeptes de ce mouvement ne s'interdisaient pas certains comportements d'autodestruction tels que l'usage du cannabis que les rastas appellent dans leurs Jargon « herbe Sacrée » ou le ganja. Ils pratiquent également le « Reggae », danse saine et jeune comme les fanatiques l'appellent. C'est ainsi qu'au Burundi, la toxicomanie s'est répandue à un rythme inquiétant affectant principalement les jeunes, à majorité citadins.

De ce qui précède, nous constatons que les facteurs socioculturels sont certes loin d'être absents dans les conduites toxicomaniaques. Sans en être dépendant, NOVA continuait malgré lui à rechercher le cannabis pour se sentir bien à l'aise dans son équipe. Ce n'est qu'après s'être retiré de son groupe en se convertissant au protestantisme qu'il est parvenu à abandonner le cannabis.

En effet, comme il nous l'a précisé, après sa conversion, la première chose qu'il a faite c'était de changer le groupe d'amis. En somme, deux stratégies ont aidé NOVA à abandonner la drogue.

- Impossibilité de se procurer régulièrement la drogue ;
- Sa conversion au protestantisme(Abakizwa).

*a. **Impossibilité de se procurer régulièrement la drogue***

Même si le cannabis entraîne rarement la dépendance physique et/ou psychique, les effets qu'il procure et les circonstances de sa consommation font que le consommateur soit dans la nécessité de s'en procurer régulièrement. Cela donc demande des moyens financiers que NOVA ne pouvait pas avoir tous les jours étant par ailleurs dans la situation de chômage, d'où il était parfois contraint , à défaut de passer à l'escroquerie ou au vol, de compter sur le concours de ses amis qui eux aussi étaient pour la plupart des chômeurs.

Il lui était donc difficile, de dépendre toujours des autres, encore moins, de passer par l'escroquerie. C'est pourquoi comme il le dit, à défaut des moyens, il a jugé bon d'abandonner le cannabis.

> « ***kubera ata n'uburyo nari mfise naciye nigira inama yo kuriheba kuko ataho nabona nokura amahera yo kwama ndarugura, nca mbona kwama nsegerereza ayo kurugura bintera isoni ».***

c'est-à-dire ***:***

> ***« Faute de moyens, j'ai pris la résolution d'abandonner puisque je ne voyais pas où trouver l'argent pour m'en procurer régulièrement et j'ai vu que c'était honteux de mendier chaque fois de l'argent pour acheter du cannabis ».***

Cela se comprend dans la mesure où le cannabis même s'il est facilement accessible au Burundi, car étant produit au pays, s'en procurer n'est pas chose facile pour quelqu'un qui n'a pas des ressources financières.

En effet, NOVA était arrivé à un stade de prendre trois (3) boules de cannabis par jour pour effacer son « manque ». Une boule étant l'unité par laquelle est vendu le cannabis. Or, contrairement à l'héroïne qui est importé de l'étranger (principalement de l'Inde) et dont le prix varie entre 26.000 F à 30.000 F le gramme à Bujumbura, le prix d'une boule de cannabis lui, varie entre 150 F à 200 F. Ce qui équivaut à 600 F par jour, c'est-à-dire une consommation de 18.000F. par mois.
Même si ce prix n'est pas exorbitant par rapport à celui de l'héroïne, il reste tout de même élevé pour quelqu'un qui n'a pas d'autres ressources financières, d'où le passage à l'escroquerie ainsi qu'au vol est une évidence. Dans de telles conditions, l'abandon du cannabis serait pour le cas présent à l'étude, une contrainte suite au manque de moyens pour faire face à cette demande.

Une autre éventualité ou stratégie que NOVA a dû utiliser pour abandonner la drogue a été la conversion au protestantisme comme il nous l'a précisé lui-même.

b. Sa conversion au protestantisme (Eglise Evangélique Internationale de Forsquare)

La conversion de NOVA au protestantisme lui procure des sentiments de satisfaction en ce qui est de sa réintégration sociale. lors de notre entretien, il nous a dit qu'actuellement il noue de bonnes relations avec son entourage parce qu'il a pu se repentir (Gukizwa).

Ecoutons comment il s'exprime,

> « ***Ko nakijijwe numva mfise amahoro mu mutima wanje no mu bugingo bwanje. Ariko rero kugira ngo nibaze ngo nsubire muri vya bindi na vuyemwo, ntibishoboka kuko ubu ni Yesu anganza, kuko niwe yatumwe mpeba iryo tabi ».***

C'est-à-dire :

> « ***Maintenant que je me suis repenti, j'ai une quiétude. Mais dire que je peux rechuter cela ne peut jamais arriver car maintenant, je suis sous la protection de Jésus car c'est grâce à lui que j'ai pu abandonner la drogue ».***

Toutefois, il convient d'être prudent dans l'interprétation de cette réponse.
La réussite de la thérapie par la prière est peut-on dire, le résultat d'un acte de foi dont le dévot doit faire preuve. Cette foi tient à son tour de la promesse faite par la religion de permettre aux convertis d'accéder au bonheur et à l'immunité contre les souffrances.

Précisons pour le cas présent que sa conversion a été motivée par sa famille notamment sa mère et ses sœurs qui, elles, s'étaient déjà converties depuis bien des années. Heureusement pour le cas à l'étude que sa conversion a conduit à son aspiration. C'est-à-dire ici l'abandon de la drogue. Mais on constate que cette thérapie par la prière ne réussit pas dans tous les cas. D'une manière ou d'une autre, elle contraint à ses adeptes d'être réduits à une sorte d'infantilisme, du moins sur le plan psychologique, en faisant partager une sorte de délire collectif par ce que certains appellent « effet de masse » sur le psychisme de l'individu.

Certes, la thérapie par la prière peut réduire ou éviter la névrose à certaines personnes, mais elle n'est pas à adresser aux personnes toxicomanes. La réussite de NOVA à se débarrasser de la drogue est à chercher ailleurs que dans la thérapie par la prière. En effet, la conversion d'un malade mental ou de toute personne à problèmes est motivée par l'aspiration à une guérison normale et physique ainsi qu'à la disparition de son malaise. Nous pensons qu'une prise de conscience individuelle des conséquences néfastes de la drogue aurait une grande part dans l'abandon du cannabis chez NOVA.

Les infractions induites par l'abus de drogue sont multiples. Et NOVA ne pouvait s'en priver que lorsqu'il a pris conscience justement de ses dangers.
Il aurait donc abandonné le cannabis parce qu'il se serait rendu compte que ce dernier ne résolvait en rien les problèmes comme certains fumeurs du cannabis le pensent, mais seulement il lui apportait trop de sommeil et une sensation passagère de bien être physique et psychique.

Malgré la sensation du bien être physique et psychique, de satisfaction intérieure, de bonheur intime qu'éprouve le consommateur du cannabis, sa consommation reste toujours avec des conséquences néfastes. Parmi celles-ci figurent les conduites agressives, un amour exagéré de soi etc. Le fait de ne plus penser à la vie de l'autre est une conséquence que NOVA attribue au cannabis et contre laquelle il conseillerait ses amis d'abandonner le cannabis et de suivre le chemin du salut. Il dit qu'il a pu constater ses méfaits parce qu'il avait déjà accueilli « le Seigneur » dans sa vie.

En confrontant les informations émanant des entretiens faits avec sa mère, ses sœurs, son entourage, de lui-même et de nos observations, nous pouvons avancer l'hypothèse d'une relative réussite dans sa réintégration socioprofessionnelle.

Dans son processus de réintégration, NOVA n'agissait pas seul, il y est parvenu grâce à l'action conjuguée de sa mère. Le suivi psychologique qu'il bénéficiait de sa mère, la motivation ou bien la volonté personnelle de se tirer de la toxicomanie ainsi que l'accès à son autonomie économique sont des facteurs qui ont favorisé cette réintégration. Contrairement donc au cas précédent, la mère de NOVA a joué un rôle essentiel dans le processus de réhabilitation de son fils en intervenant chaque fois pour que ce dernier puisse sortir de la toxicomanie. Par ses attitudes d'acceptation et d'amour elle lui a conduit à se sentir compris dans son mal, ce qui lui a donné du courage pour s'en sortir.

Consciente qu'une réintégration économique facilite la réintégration sociale, sa mère lui a donné un capital pour se lancer dans le petit commerce. Ceci lui a écarté de ses pairs consommateurs du cannabis, qui probablement pourraient le conduire à des éventuelles rechutes. Car comme nous le dit LEDUC :

> ***« le manque d'activités structurées pour l'adolescent lui laisse tout le temps pour retrouver son groupe pour traîner son désœuvrement dans les rues et pour peupler ses loisirs d'activités délinquantes, expérimenter les relations sexuelles précoces et sans amour en s'initiant à l'usage de la drogue et en abandonnant graduellement les études ».***[111]

Ce passage montre bien qu'une activité structurée est un moyen efficace pour éloigner quelqu'un de la délinquance qui partant peut le conduire à des comportements antisociaux dont la consommation de drogues. Aussi, dans cette perspective, l'avenir de NOVA dépend de son degré de motivation personnelle, faculté inéluctable dans les processus de réintégration sociale. NOVA a fait preuve de sa motivation en sachant bien gérer les biens que sa mère venait de lui confier notamment les marchandises. Ceci témoigne un sens de responsabilité et cela lui confère de la confiance de la part de son entourage.

VII.4. Cas DIE

VII.4.1. Présentation du cas DIE

DIE est né en commune BUKEYE en 1970. Il est aîné d'une famille de 3 enfants dont il est le seul garçon. Il appartenait à une famille à niveau socio-économique moyen. Sa mère était cultivatrice alors que son père était sentinelle à BUJUMBURA. Il a fait ses études jusqu'en neuvième année qu'il a abandonné suite aux problèmes familiaux qu'il n'a pas voulu révéler.

Actuellement, il habite au Quartier JABE dans la mairie de BUJUMBURA. DIE est fort physiquement. Il est marié, père de 3 enfants. Apparemment, il mène une vie paisible avec sa femme et son entourage. Contrairement aux autres cas déjà étudiés, DIE était consommateur d'héroïne, drogue dure, dont les effets sur la santé mentale et psychique du consommateur sont durables.

VII.4.2. Informations recueillies sur le cas

DIE est âgé de 31 ans. D'après nos informateurs, la mère de DIE ainsi que les deux sœurs sont mortes d'une mort subite alors que ces dernières étaient respectivement âgées de 5 et 7 ans. Toujours d'après les informations recueillies, elles seraient mortes d'un orage qui les a abattues en cours de route alors

---

[111] LEDUC, c. ; Le parent entraîneur, Montréal, Ed. logique, 1944 ; p. 164

qu'elles rentraient à la maison. DIE a été dès lors amené à BUJUMBURA auprès de son père.

Et comme on le dit, le malheur ne vient jamais seul, DIE assista à la mort de son père qui jusqu'alors le prenait en charge. Ces morts successives et frappant des personnes chère à DIE ont profondément affecté et fragilisé sa personnalité de façon qu'il a commencé à prendre de l'héroïne avec ses camarades de groupe pour, comme il le dit, « oublier » ses douleurs. Ceci a été exacerbé par le fait qu'après la mort de son père, il a été récupéré par son oncle, qui lui aussi, était trafiquant et consommateur de drogue.

Ecoutons comment il s'exprime à ce propos :

« Jewe natanguye gufata ibiyayuramutwe aho Data apfiriye. Ico gihe abagenzi twagendana bampanuye ko nofata urumogi kugira nibagire ingorane nari mfise, bica vyunyurwa n'uko naciye nja kuba kwa Datawacu, nawe akaba yaranywa akongera agacuruza ibiyayuramutwe ».

Ce qui peut se traduire approximativement comme suit :

« Moi, j'ai commencé à prendre la drogue à la mort de mon père. A cette époque, mes amis m'ont conseillé de consommer la drogue pour « oublier » mes malheurs. Cela a été aggravé par le fait que je suis allé vivre chez mon oncle qui lui aussi était consommateur et trafiquant de drogues».

Lors de nos entretiens, DIE nous a affirmé qu'il a consommé l'héroïne pendant 12 ans durant et que cette drogue avait altéré sa santé physique et mentale. Ses relations avec l'entourage étaient toujours conflictuelles et tendues.

En effet, DIE vivait dans une mésentente avec ses voisins et toujours en conflit avec sa femme suite aux comportements antisociaux qui le caractérisait : il volait les biens d'autrui pour les revendre afin de trouver l'argent pour s'approvisionner en héroïne étant donné que cette dernière coûte chère.
Il se bagarrait avec sa femme et était toujours en état d'ivresse.

Nous avons voulu en savoir plus sur ses relations sociales avec son entourage, écoutons ce que l'un de ses cohabitants nous en dit :

« Igihe DIE yari agifata ibiyayuramutwe, twari tugowe rwose. Ntitwari tukiryama. Amajoro yose twama turiko turababangurukanya be n'umugore wiwe. Aho naho ataje kutudurumbanya natwe, atashe zishe ».

Ce qui peut se traduire

« Quand DIE prenait encore de la drogue, nous avions des problèmes sérieux, on ne dormait pas. Chaque nuit, il battait sa

femme et nous devions aller intervenir. Des fois, il venait s'attaquer à nous alors qu'il était totalement ivre ».

Ceci a été confirmé par sa femme, et d'ajouter :

« Ubu ndashima Imana ko DIE yahevye kunywa ayo matabi yabo. Nari nsigaye ngana n'urunyuzi kubera amahiri no kudasinzira. Mugabo n'ubu ndahumiwe ko bamwirukanye ku kazi ; azohava asubira kandi kurunywa ».

Cela peut se traduire approximativement en français comme suit :

« Maintenant, je remercie Dieu que DIE a abandonné la drogue. J'avais maigri à l'image du fil à coudre puisqu'il me battait régulièrement et j'étais contrainte de passer des nuits blanches. Même aujourd'hui je ne suis pas tranquille car il vient d'être licencié. Il est probable qu'il recommence à consommer la drogue ».

Ces deux témoignages montrent bien combien l'entourage de DIE vivait dans une situation malsaine et conflictuelle suite à l'intoxication permanente de DIE. Actuellement, ils se disent satisfaits du fait qu'il a abandonné la drogue. Mais ils craignent toujours sa rechute car disent-ils son licenciement pourrait occasionner sa reprise de drogue.

VII.4.3. Discussion et commentaire sur le cas

Avant de commencer cette discussion, précisons que DIE était employé dans une imprimerie privée et que maintenant il vient d'être chassé pour la simple raison qu'il avait consommé la drogue, si du moins, on en croit à ses dires.

Ecoutons comment il s'exprime à cet effet ;

« Banyirukanye ngo kubera nigeze kuba nywa « héroïne », ngo nohavuye ndabaturirira ivyuma. Bampoye ubusa kuko hari haheze umwaka wose narayihevye kandi akazi kagenda neza ».

Ceci peut se traduire comme suit :

« Ils m'ont mis à la porte parce que disaient-ils, j'avais consommé de l'héroïne. Ils disent que je pourrais endommager leurs machines. Je suis injustement licencié parce que ça faisait toute une année que j'ai abandonné la drogue et tout allait bien au travail ».

Cet état met en lumière les difficultés que les anciens toxicomanes rencontrent dans leurs professions lorsqu'ils sont soupçonnés d'avoir été toxicomane. L'image qu' on a d'eux fait qu'ils soient maltraités, dédaignés et craints par la société.

Dans le paragraphe précédent, DIE nous fait croire qu'il aurait été licencié injustement pour cause d'une suspicion. Cela s'entend dans la mesure où les consommateurs de drogue dans leur vie quotidienne sont sujets à la suspicion de la part de l'entourage. Une suspicion qui émane en grande partie du fait que certains les considèrent comme des « fous» dont il faut avoir peur, d'autres les considèrent comme des voleurs, ce qui n'est pas faux dans la plupart des cas.

En effet, le sujet à l'étude admet lui-même qu'il volait pour répondre au besoin d'argent car il devrait dépenser une somme importante d'argent pour s'approvisionner en héroïne. Nous avons voulu en savoir plus sur ses dépenses mensuelles et annuelles en héroïne, il s'exprime en ces termes :

> ***« umaze kuba « dépendant », ku munsi nka jewe nanywa irya 13.000 F. Urumva yaca aba 390.000 Fbu ku kwezi. Ku mwaka yaca angana na 4.680.000 Fbu. Ayo nategerezwa kuyaronka. Iyo ugiye muri « manque » ukabura amahera yo guca ugura iyo « héroïne », woshobora no kwiyahura ».***

c'est-à-dire :

> ***« Lorsqu'on est déjà dépendant, par exemple moi, je consommais 13.000 Fbu par jour. Ce qui équivaut à 390.000 Fbu par mois, soit 4.680.000 Fbu par an. Cette somme je devais en avoir. Quand vous manquez de l'argent pour vous acheter de l'héroïne, vous pouvez même vous suicider ».***

Précisons qu'à Bujumbura, l'héroïne se vend par gramme et par dose. Et un gramme d'héroïne coûte aux environs de 26.000 F voire 30.000 F dans les périodes de pénurie. Par ces chiffres nous constatons que l'héroïne s'achète à un prix trop élevé à telle enseigne que s'en procurer demande beaucoup de moyens. Alors pour DIE qui était arriver à consommer 1 gramme les deux jours pour parvenir à maîtriser son « manque » on comprend pourquoi il devait passer aux actes délictueux comme le vol et l'escroquerie.

Dans ses propos, il déplore que les services de police ne tiennent pas compte des souffrances des héroïnomanes quand ils sont en état de manque. Il dit que l'état de manque est une période difficilement supportable et partant les services de police ne devraient pas emprisonner les toxicomanes se trouvant dans cet état.

Ecoutons comment il décrit les souffrances senties pendant la période de manque :

> ***« ububababare bungana n'ubwa Malaria incuro zine. Uraribwa mu bihimba vyose vy'umubiri (...) Police iraza ikagufata, ikagufunga, ico gihe ntuza kubabwira ngo ndi muri « manque », ngaha mu Burundi, ntibazi ivyo ari vyo. Hariho abagenzi banje benshi bapfiriye mu « cachot » kubera bagiye muri « manque ».***

c'est-à-dire,

« les douleurs que l'on ressent sont quatre fois celles ressenties quand on souffre de la malaria. La police vous arrête et vous emprisonne et vous ne pouvez pas leur dire que vous êtes dans l'état de manque. Ici au Burundi, ils ne savent pas de quoi il s'agit. Certains de mes camarades en sont morts au cachot».

Le fait que les héroïnomanes peuvent succomber dans les cachots en état de manque peut être une vérité dans la mesure où la situation des toxicomanes ne préoccupe pas tellement les pouvoirs publics burundais. Ils sont laissés à eux-mêmes, ce qui fait qu'ils peuvent être emprisonnés alors qu'ils sont dans des situations critiques comme celle de « manque » ce qui par ailleurs est risquant comme il le précise :

« Gupfa gufunga umuntu ari muri manque ni « risque ». Na jewe narahatswe kenshi. Baramfunga, "manque" ikamfata, naha-kurwa n'Imana (...). No kumenyesha ko uwuri muri "manque" aba asa n'uwuri muri "Enfer."

c'est -à- dire :

Il y a beaucoup de risques d'emprisonner quelqu'un qui est dans l'état de « manque ». Moi-même j'ai failli plusieurs fois mourir en prison. C'est grâce à Dieu que je m'en suis sorti (...). Quelqu'un qui est sous le manque, c'est comme s'il était en « Enfer.»

Il ajoute :

« Mu bindi bihugu nk' « IBURAYA », bazi ko ufata ibiyayuramutwe, babanza kugushira muri « centre de désintoxication », bakakuvura, ukize bakabona kuguhana »

c'est-à-dire :

« Dans d'autres pays comme ceux d'Europe, les toxicomanes sont d'abord conduits dans des centres de désintoxication avant d'être punis.»

De nombreux faits d'observation courante pourraient être rappelés ici, à commencer par ce que dit généralement le toxicomane de lui-même lorsqu'il est interrogé sur ses maladies :

« La maladie ne renvoie généralement qu'au dernier épisode de manque et tout se passe en définitive comme si le lot commun du toxicomane était bien de n'être ni malade ni en bonne santé mais en manque ou en désintoxiqué »[112].

[112] RODOLPHE, F., les politiques de lutte contre la drogue ; in culture et politique de la drogue en occident, p.277

Selon donc RODOLPHE, les consommateurs d'héroïne ne sont pas à proprement parler des malades, ils ne le sont que quand ils entrent dans leurs épisodes de manque où tous les moyens sont bons pour obtenir l'héroïne afin d'effacer le manque. Dans le même sens, une incarcération pourra être à l'origine de toute une série de confusion entre le rôle de la justice et celui du travail social ou de la médecine. A cet effet,

> ***« le juge pourra être vu comme l'organisateur et le superviseur de la désintoxication tandis que l'institution soignante de « post-cure » pourra n'être considérée que comme l'une de suites obligée de séjour en prison »[113].***

Nous constatons que l'issue du toxicomane est souvent la maison d'arrêt au lieu d'une réinsertion sociale et professionnelle. C'est ce que déplore DIE lorsqu'il souligne que souvent il était conduit en prison en étant dans l'état de manque, et d'où il a risqué sa vie. En conséquence, ceci n'a fait que l'enfoncer davantage dans son héroïnomanie suite à l'angoisse de l'incarcération.

Et comme le soulignent Alain EHRENBERG et Patrick MIGNON,

> ***« Des cliniciens ont remarqué que nombre d'héroïnomanes utiliseraient leur drogue moins pour le flash que pour anesthésier l'angoisse à l'instar de ce qui se fait pour les tranquillisants »[114].***

Aussi longtemps que les consommateurs de drogues sont arrêtés et conduits en prison, ceci les pousse davantage à consommer la drogue pour « oublier » leur malheur et pour supporter les contraintes carcérales. Par ailleurs, ceci ne constitue en aucune manière une solution vue que l'accès aux drogues en prison leur est facile.

Des études ont en effet conclu à l'existence du trafic de drogue dans les milieux carcéraux. En définitive, ceci crée un cercle vicieux où le consommateur persiste dans l'intoxication croyant résoudre ses problèmes existentiels.

Plus haut dans les pages précédentes DIE nous faisait croire qu'il aurait été licencié injustement de son service pour cause d'une suspicion. Quoique cela puisse arriver, il est vraisemblable que les causes de ses problèmes actuels soient imputables à sa conduite.

C'est-à-dire donc qu'au lieu d'assumer nos actes ;

> ***« nous nous bornons à constater le problème dont nous rendons l'autre responsable sans imaginer pouvoir y faire quelque chose »[115].***

---

[113] RODOLPHE, F., op.cit , p.270

[114] EHRENBERG , A., et al : cultures et politiques de la drogue en occident p.55

[115] FISCHER, R. et BROWN, S., D'une bonne relation à une négociation réussie, Paris, Seuil, 1991, p.14

Cela relève donc des mécanismes de défense à savoir précisément ici la projection, c'est-à-dire le fait d'attribuer à autrui la responsabilité de nos actes. Sans ignorer qu'il arrive parfois à une personne de haïr une autre sans raison apparente, nous pensons que le cas à l'étude aurait exagéré en accusant ses chefs hiérarchiques.

Et c'est vrai que :

> ***« De cette manière, ou de l'autre, nous faisons autrui une image qui est inexacte, soit parce que nous avons projeté inconsidérablement nos propres traits (mouvement permanent et inconscient), soit parce qu'au contraire, nous avons constaté une différence en autrui et cette différence que nous jugeons irréductible, que nous accusons, nous essayons d'en prendre conscience à l'intérieur de nous même, ce qui n'est pas facile »[116].***

Nul doute donc, à la base du refus de sa propre paternité de cette responsabilité concernant l'origine des problèmes que vit cet ancien toxicomane sans emploi, il y aurait d'une part un souci de se présenter devant l'opinion comme une victime innocente afin de s'attirer une certaine sympathie et partant un peu de soutien. Et d'autre part, il s'agirait pour ce sujet de se rendre à l'abri de multiples regrets et remords qui pourraient perturber sa paix intérieure ou sa quiétude.

A travers l'analyse des conditions dans lesquelles DIE a évolué, nous constatons qu'il éprouve des difficultés énormes dans sa vie familiale et professionnelle. En effet, la mort de ses parents et de ses sœurs est survenue à un moment critique du développement psychologique. A cette époque, DIE était à l'âge de l'adolescence où l'enfant a besoin d'une attention particulière de la part de ses proches et en premier lieu de ses parents suite aux transformations psychoaffectives, somatiques qui s'opèrent dans son organisme qui sans doute peuvent, si le sujet n'est pas suivi, conduire aux comportements antisociaux notamment la consommation de la drogue. C'est ce qui a été le cas chez DIE. Par ailleurs, à cet âge, l'enfant n'est pas encore capable de digérer les frustrations.

Le fait qu'il a été élevé chez son oncle a constitué un terrain propice dans la consommation de la drogue pour lui. Au lieu d'être un bon éducateur ou un substitut parental valable, son oncle l'a entraîné dans l'intoxication.

Concernant sa situation actuelle, DIE vit dans des conditions d'extrêmes difficultés où il doit faire tout pour subvenir aux dépenses familiales alors qu'il est sans emploi. Cette situation ne peut pas rester sans conséquences socio-économiques sur la vie de la famille. Cette idée se fait sentir dans le discours qui suit :

---

[116] DE PERETTI A. ; Liberté et relation humaine ou inspiration non directe, Paris, Ed, De l'EPI, 1967, p.147

« Jewe ndubatse kandi nkaba mfise abana batatu, umwe muribo arageze kuja mw'ishule. None « amafaranga » yo kumurihira,n'ayo kuriha inzu n'ibindi vyose bikenewe jewe nzoyakura hehe ntagira akazi ».

Ce qui peut se traduire comme suit :

« je suis marié et père de trois enfants. L'un d'eux devrait commencer l'école cette année. Où vais-je trouver les frais scolaires, les frais de loyer et d'autres besoins alors que je n'ai pas d'emploi ».

Ceci fait que DIE vive dans une insécurité permanente, car il craint à tout instant de se voir chassé de la maison faute des frais de location avec toutes les conséquences que cela peut provoquer dans la dynamique familiale. A analyser effectivement la dynamique de cette famille, les rapports familiaux en seront compromis. En effet, les époux s'accusent mutuellement de la responsabilité de la pauvreté dans laquelle ils plongent.

Concernant ses relations avec sa femme, nous pouvons signaler que même s'ils n'ont pas voulu nous le dire ouvertement, de part nos observations nous pouvons dire qu'il y a certains signes avant coureur qui laissent croire à une mésentente même si cela ne se fait pas remarquer au grand jour.

Lors de nos visites au foyer, chacun des époux profitait de l'absence de l'autre pour accuser son partenaire. En effet, pendant nos entretiens, la femme semblait affirmer que le mari se serait mal comporté au travail d'où son licenciement et le mari d'accuser sa femme de ne rien apporter pour aider économiquement le ménage.

« Umugore wanje ntabona ko ubuzima bugoye. Nk'ubu yari kuba adandaza utuntu duto duto nk'abandi bagore, hanyuma tukaba turabayeho ».

Ce qui veut dire :

« Ma femme ne voit pas que la vie est difficile. Elle aurait dû entreprendre un petit commerce comme les autres femmes et comme ça, nous pourrions survivre.»

A analyser ce qui précède, nous trouvons que si cette situation d'accusation mutuelle persiste et si elle éclate au grand jour, elle pourra conduire à de graves problèmes de mésententes au sein du couple, qui partant pourront conduire à la dislocation de la famille. Enfin, nous sommes en présence d'un cas qui contrairement aux autres cas déjà étudiés éprouve des difficultés que se soit au niveau social et professionnel.

La situation de DIE est plus problématique car étant marié et sans emploi. Ceci dit quand la misère matérielle s'installe au foyer, le moral s'amenuise et peu à peu les forces physiques diminuent. A cet effet, le sujet n'a plus de ressort moral et est prêt à toutes les déchéances. Chez lui les objets et les personnes changent de significations. Dans ces conditions, la structure familiale éclate. Brefs, des foyers entiers peuvent être détruits avec tout ce que cela peut entraîner comme conséquences sur la vie et le développement des enfants.

A ce niveau nous faisons nôtre la préoccupation de HENRI BARTOLI

> ***« la scolarité des enfants des chômeurs subit les contre coups de la mise au chômage, ne serait ce que du fait de l'insécurité que vit la famille ».***[117]

Ce qui a été le cas pour DIE. Son chômage lui a causé beaucoup de soucis qu'il n'a plus la certitude d'assurer l'avenir de ses enfants du fait des dépenses que lui coûterait la scolarité de ces derniers.

Il trouve que sa situation problématique et misérable est consécutive au manque d'emploi comme il l'affirme dans cet extrait :

> ***« Ingorane zanje ziva ko ntafise akazi. Iyaba nari mfise akazi naho koba ak'amahera makeyi, ndabona ko nobaho nkaronka « ration», nka panga inzu, ndabona ko noshobora kubaho nk'abandi».***

Ce qui veut dire :

> ***« Mes problèmes sont dus au fait que je n'ai pas d'emploi ; si j'avais du travail quelque peu rémunéré soit-il, je pourrais me payer la ration, le loyer ; je vois que je pourrais vivre comme les autres ».***

Notons encore une fois que les problèmes d'ordre économique engendrent d'autres sur le plan social. Cela prouve encore une fois que pour l'être humain, les aspects individuels, familiaux et sociaux, forment un tout à telle enseigne qu'il n'est pas aisé de préciser l'origine de ses problèmes. Ils s'influencent mutuellement. Le travail rémunéré permet la satisfaction des besoins individuels, confère l'estime de soi et une dignité. Il va sans dire que le manque d'une profession a des conséquences fâcheuses sur le plan individuel.

Par ailleurs, le sentiment de frustration que provoque le fait qu'ils sont rejetés par la société conduit les concernés à restructurer leur perception de la réalité.

---

[117] BARTOLI, H. ; Population, travail, chômage : le plein d'emploi en question, Paris, Economica, 1982 p.147.

Bien plus, cela peut pour certains anciens toxicomanes être à l'origine d'un traumatisme profond pouvant conduire à l'ébranlement psychologique et la dégradation des rapports avec l'environnement. Et ceci ne peut conduire qu'à une reprise de la drogue. C'est à dire que leur « état du moi » est affecté.

Nous rappelons qu'

> ***« un état du moi, c'est l'ensemble des sentiments, d'attitudes et de types de comportements qui caractérise un individu à un moment donné, la façon dont il pense, ressent et se comporte à ce moment, tout au moins telle qu'on peut l'observer de l'intérieur ».***[118]

Nous terminons le commentaire sur ce cas par ces considérations de Henri BARTOLI qui affirme que :

> ***« le licenciement ne provoque donc pas simplement la perte de l'emploi avec toutes les répercussions financières que cela peut avoir, bien plus il engendre la rupture avec tout son milieu de vie, ce qui remet en cause l'équilibre que l'individu avait pu y trouver ».***[119]

Nous aurons constater à travers la discussion de ces quatre cas que les problèmes auxquels font face les anciens toxicomanes sont aussi complexes que le sont les individus. Les conséquences n'en sont pas moins complexes. Dans le chapitre suivant, nous allons essayer de systématiser l'analyse de ces problèmes et les conséquences qu'ils entraînent.

---

[118] BADIN, P., les aspects psychosociaux de la personnalité, Vol. .I ; Paris, Centurion, 1977,p.33
[119] BARTOLI, H. Op. cit. p.144

Bien plus, cela peut pour certains anciens toxicomanes être à l'origine d'un traumatisme profond pouvant conduire à l'ébranlement psychologique et la dégradation des rapports avec l'environnement. Et ceci ne peut conduire qu'à une reprise de la drogue. C'est à dire que leur « état du moi » est affecté.

Nous rappelons qu'

> ***« un état du moi, c'est l'ensemble des sentiments, d'attitudes et de types de comportements qui caractérise un individu à un moment donné, la façon dont il pense, ressent et se comporte à ce moment, tout au moins telle qu'on peut l'observer de l'intérieur ».***[118]

Nous terminons le commentaire sur ce cas par ces considérations de Henri BARTOLI qui affirme que :

> ***« le licenciement ne provoque donc pas simplement la perte de l'emploi avec toutes les répercussions financières que cela peut avoir, bien plus il engendre la rupture avec tout son milieu de vie, ce qui remet en cause l'équilibre que l'individu avait pu y trouver ».***[119]

Nous aurons constater à travers la discussion de ces quatre cas que les problèmes auxquels font face les anciens toxicomanes sont aussi complexes que le sont les individus. Les conséquences n'en sont pas moins complexes. Dans le chapitre suivant, nous allons essayer de systématiser l'analyse de ces problèmes et les conséquences qu'ils entraînent.

---

[118] BADIN, P., les aspects psychosociaux de la personnalité, Vol. .I ; Paris, Centurion, 1977,p.33
[119] BARTOLI, H. Op. cit. p.144

CHAP.VIII. LES PROBLEMES RENCONTRES PAR LES ANCIENS TOXICOMANES ET LEURS CONSEQUENCES.

Le travail rémunéré est un élément essentiel à une vie équilibrée en même temps qu'il est une source importante de réalisation et d'épanouissement individuel. Il va sans dire que tout licenciement engendre tout un tas de problèmes. Ces derniers sont de plusieurs ordres et sont vécus à la fois par le sujet lui-même, c'est-à-dire le concerné et les siens en entraînant parfois des retombées sur la société.

Dans le présent chapitre, nous allons voir les problèmes que rencontrent les anciens toxicomanes dans leur quête d'une réintégration socioprofessionnelle tels qu'ils nous ont été rapportés par nos interviewés. Nous insisterons davantage sur les problèmes d'ordre social et économique.

En dernier lieu, nous analyserons les conséquences que ces problèmes engendrent sur le plan psychologique et familial. Ces conséquences sont celles qui concernent la façon dont l'ancien toxicomane vit ses problèmes et les affects que cela produit sur lui.

VIII.1. Les problèmes d'ordre économique

Pour l'homme, les problèmes en général et les problèmes d'ordre économique en particulier ont toujours existé car la vie de toute personne est jalonnée des difficultés. Cette idée corrobore celle de Maurice TIERCE quand il dit que :

> ***« l'homme a toujours rencontré des problèmes économiques, des déceptions, des rivalités, des chagrins de toute sorte ».***[120]

Nul ne peut dire le contraire à cette idée, même le plus riche de la planète dira toujours qu'il lui manque quelque chose. La situation devient plus problématique quand on n'a pas d'emploi. Il en est ainsi de ces anciens toxicomanes qui sont sans emploi et qui en manquent ou qui en ont perdu suite à l'intoxication permanente.

Cet extrait de MIKE est riche d'explications

> ***« Kuba muri iki gisagara ca Bujumbura utagira akazi ni ibintu bisiga ubwenge. Nturonka ico urya, ico wambara n'ibindi. Vyashika kuri twebwe abahora bafata ibiyayuramutwe, biba ibindi kuko ntanumwe ashaka kutwakira mu kazi. »***

Ceci peut se traduire approximativement comme suit :

---

[120] TIERCE, M., Guide de formation personnelle, DAMMARIE-LES-Lys, éd S.D.T., 1976, p.67

> ***« Vivre dans la ville de Bujumbura sans emploi n'est pas chose facile. Tu ne trouves pas quoi manger ; quoi te vêtir, etc. La situation est plus compliquée pour nous anciens toxicomanes car personne ne peut accepter de nous employer.»***

Ceci exprime donc que les problèmes économiques engendrés par le manque d'emploi traduisent les difficultés à subvenir aux besoins fondamentaux tels que l'habillement, l'alimentation. Le besoin de logement vient en second lieu bien qu'il est placé parmi les besoins fondamentaux de l'homme à savoir se nourrir, se vêtir, se soigner et se loger.

Nous disons qu'il est placé en second lieu étant donné que ces besoins ne sont pas d'une égale importance :

> ***« En fait, la subsistance l'emporte sur l'habitat car il est possible, à la limite de coucher sous les ponts ou même de dormir à la belle étoile, mais il est impossible de survivre sans manger. C'est donc l'économie, c'est à dire la recherche de la subsistance qui tend à tout gouverner.»***[121]

La crise socio-politique dans laquelle le Burundi est plongé depuis 1993 fait que les problèmes économiques et les difficultés d'existence s'aggravent du jour au jour. Cette crise ne peut rester sans conséquences. Certes, elles existent pour toute la population burundaise en général mais la situation devient plus compliqué pour ceux qui n'ont pas d'emploi rémunéré dont font partie les anciens toxicomanes avec qui nous nous sommes entretenus. Ces problèmes économiques s'accompagnent des problèmes sur le plan social.

VIII.2. Les problèmes d'ordre social

Les relations humaines peuvent manifester des caractères objectifs en réalisant l'accomplissement des individus qui les établissent. Mais elles peuvent aussi marquer des liens excessifs et nuisibles qui atrophient ou perturbent la personnalité. Les problèmes d'ordre social que connaissent les ex-toxicomanes peuvent aussi avoir les mêmes effets.

Quels sont alors ces problèmes ? La plupart d'entre eux sont d'ordre relationnel et donc en rapport avec la cohabitation. Et dès qu'on évoque la question d'interactions humaines, des relations avec autrui, des rapports avec d'autres personnes c'est là où nous voyons apparaître effectivement quelques unes des difficultés que soulève cette question centrale dans l'équilibre des sociétés.

---

[121] ROUSSEAU, Univers de Psychologie, Paris, éd. Lidis, Vol. V,1980, p. 64

Concernant ces problèmes sociaux, nous disons avec LAROQUE nous dit ceci :

> ***« L'essentiel réside dans le mot « social » c'est là un terme dont le sens est loin d'être clair. Par « problèmes sociaux », nous entendons les problèmes de l'homme, « social » correspond dans une très large mesure à « humain ». Ce ne sont pas cependant « tous » les problèmes de l'homme ; certains problèmes de l'homme – problèmes de physiologie, de biologie, d'anatomie – ne sont pas des problèmes sociaux. Les problèmes sociaux sont les problèmes de l'homme pris en tant que personne. Il demeure encore beaucoup d'incertitude sur les limites de ces problèmes sociaux ».***[122]

Aussi les problèmes de la famille se situent à l'intersection des problèmes sociaux de l'individu et des problèmes de structures sociales. Cela veut dire que les problèmes individuels, familiaux et sociaux sont presque toujours liés et exercent donc des influences réciproques les uns sur les autres. Ceci devient plus problématique lorsque l'ancien toxicomane doit subvenir aux besoins de la famille.

C'est ce que soutient DIE dans son interview, lorsqu'il dit :

> ***« Twebwe abahora bafata ibiyayuramutwe turi n'ingorane nyinshi. Iyo bishitse hoho ukaba ufise umugore n'abana kandi ukaba ata kazi ufise uca umererwa nabi cane. Ababanyi ntibagutahura, umuryango uca ugira ingorane, nawe ukagira izindi, ugaca wumva umerewe nabi cane ».***

Ce qui peut se traduire de la manière suivante :

> ***Nous qui consommions de la drogue, avons beaucoup de problèmes. Les problèmes deviennent plus graves lorsque vous avez une famille à charge alors que vous n'avez pas d'emploi. L'entourage ne vous comprend pas et dans ce cas la famille a de problèmes. Vous même vous avez des problèmes. Vous ressentez un grand malaise ».***

Les problèmes que rencontrent les anciens toxicomanes ne se situent pas seulement au niveau de la famille comme le laisse entendre ce précédent extrait.

A ce propos, un autre interviewé, ancien toxicomane ajoute ceci :

> ***« Mu buzima bwacu bwa misi yose badufata nabi ».***

C'est-à-dire :

> ***« Dans notre vie de tous les jours, nous sommes mal considérés. »***

---

[122] LAROQUE, P ; Les Grands problèmes sociaux contemporains, Paris, les cours de droit, Fascicule I., 1968-1969 ; p.18.

Et MIKE d'ajouter :

> ***« Twebwe abahora bafata ibiyayuramutwe n'iyo tugiye gukora ibibazo vyo kurondera akazi , iyo bamenye ko twahora tubifata nti babura ibindi bitwaza kugira bakatwime ».***

Ce qui peut se traduire approximativement en français comme suit :

> ***« Nous, les anciens toxicomanes, même si nous passons les tests de sélection pour l'emploi et que nous réussissons au test, dès qu' on apprend que nous prenions de la drogue, ils trouvent d'autres raisons pour nous éliminé. »***

Cela laisse entendre donc que les anciens toxicomanes ne sont pas exclus seulement socialement, mais aussi sur le plan professionnel. Bref, nous sommes en droit de dire que la suspicion que certaines personnes ont envers les anciens toxicomanes témoigne d'une certaine peur que ces personnes éprouvent à tort ou à raison envers ces déshérités. Cette peur serait consécutive aux préjugés que ces gens ont vis-à-vis de l'ancien toxicomane et d'une façon général à la drogue.

Tous ces préjugés et formes d'exclusion vécus par les anciens toxicomanes dans leur vie de tous les jours peuvent d'une façon ou d'une autre les pousser à retomber dans la toxicomanie suite aux difficultés diverses qu'ils éprouvent consécutivement à cette exclusion.

Ainsi, les anciens toxicomanes vivent une complexité de problèmes tant sur le plan économique que sur le plan social. Cette situation problématique entraîne des conséquences néfastes sur tous les plans de la vie de l'ancien toxicomane.

VIII.3. Les conséquences des problèmes vécus par les anciens toxicomanes.

Nous l'avons précisé dans les pages précédentes, le manque d'emploi entraîne beaucoup de souffrances pour les intéressés et par conséquent les soumet à plusieurs contraintes.

Ces souffrances peuvent être analysées sous trois dimensions à savoir le point de vue individuel, le point de vue familial et enfin le point de vue social. Sur le plan psychologique, Maurice TIERCE nous dit que :

> ***« soumis à toutes ces contraintes, toutes ces angoisses, tous ces malheurs, nous assistons à la disparition progressive de la paix intérieure. Or, celle-ci est indispensable à la santé. Sans elle nous nous durcissons, nous devenons égoïstes, sans cesser pourtant d'être angoissés car notre sensibilité refoulée n'en est que plus active et plus profonde »***[123]

[123] TIERCE, M., op. cit. p.67

L'attitude d'isolement que certains toxicomanes font l'objet peut entraîner elle aussi des situations dramatiques. La plupart d'anciens toxicomanes ont une personnalité déjà fragilisée par une prise répétitive des drogues, cela entraîne par conséquent une fragilisation de leur moi à telle enseigne qu'une quelconque souffrance psychologique peut entraîner une rechute. Ceci est confirmé par un ancien toxicomane qui signale l'existence des conséquences qui affectent sa santé.

> ***« Jewe nahevye gufata ibiyayuramutwe haheze imisi mvuye mu Mpimba. None iyi misi yose ntagira akazi bituma ngira amagara mabi, bikantera kwiyumvira cane kuri kazoza kanje ».***

C'est-à-dire :

> ***« J'ai arrêté de prendre la drogue quelques jours après ma sortie de prison. Et je suis tellement affecté physiquement par une si longue période de chômage que je m'inquiète pour mon avenir.»***

Cet enquêté (MIKE) s'inquiète de sa santé car le monde carcéral dans lequel il venait de passer un bon bout de temps est un milieu pathogène. Par ailleurs, les conséquences inhérentes au manque d'emploi pour les anciens toxicomanes peuvent conduire jusqu'à la mort.

Comme nous l'a signalé un de nos enquêtés, pour résister aux effets négatifs de la drogue, il faut trouver quoi manger et cela en quantité suffisante, mais aussi de quoi boire, c'est pour cela d'ailleurs que certains toxicomanes face à tous ces besoins, s'adonnent aux vols et à l'escroquerie. A défaut de réussir à satisfaire ses besoins, certains toxicomanes succombent aux maladies de malnutrition comme le témoigne MIKE :

> ***« Abafata ibiyayuramutwe bapfuye ni benshi. Benshi bakaba bapfira muri « Prison » bishwe n'inzara canke igituntu kikabahitana ».***

c'est-à-dire :

> ***« Les toxicomanes qui sont morts sont nombreux. La plupart sont morts dans la prison suite à la faim ou à la tuberculose ».***

La sous-alimentation est la cause de plusieurs maladies dont la tuberculose. Alors comment ces anciens toxicomanes vont-ils éviter la tuberculose dans la mesure où ils restent sans ressources ; c'est à dire ici sans emploi. Ceci nous laisse croire que ces ex-toxicomanes n'ont pas eu de support pour combler le vide laissé par la drogue. Par ailleurs, la plupart d'eux n'ont pas d'encadrement socio-affectif leurs permettant un équilibre psychologique.

La situation socio-affective prévalent dans la famille de l'ex-toxicomane sans emploi n'est pas moins affectée. Elle est plus affectée lorsque celui-ci a une famille à charge. En effet, plusieurs ménages sont disloqués et vivent en

détresse à cause de la pauvreté. Mais ceci n'est pas l'apanage des seules familles des anciens toxicomanes, la plupart de burundais vivent sous le seuil de pauvreté. Mais on comprend les difficultés qu'un ancien toxicomane ressent quand il a une famille à charge surtout que les clichés et les préjugés développés à son égard font qu'il ne soit pas intégré dans la société.

Ecoutons ce que nous en dit DIE :

> ***« Jewe ndubatse, nkaba mfise abana batatu kandi umwe muri bo arageze gutangura ishule. None wumva amahera yo kumurihira nzoyakura hehe kandi aho ngize ngo ndasaba akazi batagomba kunyakira ».***

c'est-à-dire

> ***« Je suis marié et je suis père de 3 enfants. L'aîné devrait commencer l'école prochainement. Où vais-je trouver l'argent pour payer les frais scolaires étant donné que même là où je frappe pour chercher du travail, personne ne veut me recevoir ».***

Nous ne saurions terminer l'étude de ces conséquences sans jeter un coup d'œil sur leur impact au niveau social, donc dans l'univers environnemental des anciens toxicomanes sans emploi.
A ce niveau, le principal handicap auquel ils doivent faire face est qu'ils sont mal considérés socialement et font objet des attitudes de rejet.

Et OSCAR LEWIS soutient que

> ***« Au long de l'histoire écrite dans la littérature, dans les proverbes et les dictons populaires, on rencontre deux évaluations contradictoires de la nature des pauvres. Les uns considèrent les pauvres comme bénis, vertueux, justes, sereins, indépendants, honnêtes, bons et heureux. D'autres, les considèrent comme méchants, mauvais, violents, sordides et criminels ».***[124]

Cette mauvaise considération au sein de sa propre famille et partant au sein de la société explique en partie pourquoi les anciens toxicomanes développent des attitudes de défense contre cette mauvaise réintégration, d'où la violence et la criminalité pour l'affirmation de soi et la revendication des droits dont ils sont privés.

Nous pensons qu'il n'est pas possible de relever tous les problèmes ; ce n'est donc pas exhaustif. Nous avons seulement à travers ce chapitre, analysé les problèmes que rencontrent les anciens toxicomanes dans leur vie de tous les jours. Néanmoins, nous avons pu relever les problèmes d'ordre économique et

---

[124] LEWIS, O., Lavida : une famille porto -ricaine dans une culture de pauvreté, San juan et New York, éd. Gallimard, 1969.P. 10

ceux d'ordre social. Grâce à l'analyse du contenu de nos sujets, nous avons pu constater que les problèmes d'ordre économique étaient liés au manque d'argent et à l'insatisfaction des besoins fondamentaux.

Le moyen le plus efficace pour faire face à ses problèmes serait que les anciens toxicomanes puissent bénéficier d'une réinsertion socioprofessionnelle effective ; c'est-à-dire ici trouver un emploi générateur de revenu pour faire face aux besoins de se nourrir, se vêtir, s'habiller etc.

Les problèmes d'ordre social étaient quant à eux aggravés par le rejet et la suspicion dont fait l'objet la personne ex-toxicomane. En effet, certains burundais considèrent le toxicomane comme un « fou » qu'il faut éviter. Cette attitude enfonce davantage l'ancien toxicomane dans son isolement. Elle ne facilite en rien quant au processus de réintégration sociale qu'il faut réserver aux anciens toxicomanes.

Enfin, nous avons étudié les conséquences engendrées par ces différents problèmes. Parmi elles nous distinguons l'isolement, l'instabilité au point de vue psychologique, la pauvreté et parfois la mort. Sur le plan familial, on note la mésentente au niveau des ménages et la déscolarisation des enfants qui s'en suit suite à la pauvreté. Au niveau social, les anciens toxicomanes rencontrés nous ont affirmé qu'ils souffrent d'une mauvaise renommée suite à l'intoxication dont ils ont fait l'objet. Loin de les intégrer, ceci constitue un facteur de désintégration.

Alors qu'est ce qui empêche une bonne réintégration socioprofessionnelle des anciens toxicomanes ?

CHAP IX. LES FACTEURS DE L'ECHEC SOCIO-PROFESSIONNEL DES ANCIENS TOXICOMANES.

La situation de la drogue a pris une allure montante et même inquiétante. En effet, le chanvre qui, jadis était consommé par la seule ethnie des Batwa et des marginaux et servait à soigner les vaches, a fini par avoir d'autres catégories de consommateurs et MANIRAKIZA E. affirme que :

> ***« Actuellement toutes les catégories sociales sont concernées par la consommation de la drogue, les pauvres, les riches, les filles et les garçons, ceux du milieu urbain et ceux du milieu rural. Avec l'introduction des nouvelles drogues importées comme l'héroïne et les substances psychotropes, une bonne partie des adolescents issue des milieux aisés matériellement en sont devenus toxicomanes »[125].***

Face à une demande sans cesse croissante des consommateurs, la culture du chanvre et l'importation d'autres drogues dures se sont accrues pour satisfaire cette demande. La situation devrait donc préoccuper les pouvoirs publics, mais hélas, force est de constater que des mesures de réintégration de ceux qui en sont devenus dépendants ne sont pas entreprises.

Ainsi, dans ce chapitre, nous allons analyser les facteurs à la base d'une mauvaise réintégration des anciens toxicomanes dans notre pays. En effet, la réhabilitation dans son ensemble intègre tout en processus de rétablissement d'un meilleur état physique, psychique et social de l'ancien toxicomane. Néanmoins, certains facteurs contribuent à sa non réalisation.

IX.1. Absence de politique nationale de la Santé mentale.

Nous pensons que nous ne sommes pas injustes à leur égard si nous disons que l'intérêt porté aux problèmes de santé mentale par les différents gouvernements qui jusqu'à l'heure actuelle se sont succédés, a été longtemps et est encore insuffisant, voire inexistant spécialement dans le domaine de la consommation des stupéfiants.

Les grandes priorités sanitaires (ceci n'a rien de mauvais et partant est à encourager) ont été établies contre les maladies épidémiologiques à l'instar de la tuberculose, du choléra et de la dysenterie bacillaire ou contre les autres maladies à grands taux de mortalité et on a, à juste titre, mobilisé l'attention et des moyens financiers et organisationnels de l'Etat et/ou même de la coopération internationale.
Mais cela ne devrait pas constituer un alibi pour expliquer le retard de la mise sur pied d'une politique claire de santé mentale. Au contraire, il faudrait intégrer

---

[125] MANIRAKIZA, E., Exposé sur « la problématique de la drogue au Burundi» à l'occasion de la journée internationale de lutte contre la drogue, Centre Islamique, Bujumbura ,26 juin, 2001.

cette dernière dans les programmes nationaux de santé. A nous alors de nous demander pourquoi ce grand désintérêt manifesté vis-à-vis des maladies psychiatriques en général et de la toxicomanie en particulier.

La première raison semble ressortir des observations de la vie quotidienne. En effet, on a l'impression qu'il y a une très faible prévalence des troubles mentaux qui seraient consécutifs à l'usage de la drogue.

De plus, on n'a pas une vision claire des handicaps sociaux que la drogue apporte sur l'individu et sur la société en général. Ceci se remarque par le fait que jusqu'à présent, il n'y a qu'une seule institution psychiatrique pouvant traiter les cas des usagers des drogues (le CNPK).

La deuxième raison tient à l'ignorance ou à la mauvaise compréhension de la maladie mentale. Faut-il rappeler que le toxicomane dans la vision actuelle du problème est considéré comme un malade qu'il faut soigner.

Nous rapportons à ce propos un commentaire fait par un jeune français sur l'attitude de certains hommes politiques français à l'égard du cannabis.

> ***« On entend régulièrement dans les médias des « personnalités » hommes politiques et Ministres expliquer que le « shit n'est pas vraiment une drogue », que fumer, c'est une question individuelle etc. Finalement le cannabis devrait devenir quelque chose de banal, quelque chose qui passe dans la vie courante et l'affaire serait bouclée »[126].***

Une telle attitude peut expliquer pourquoi les pouvoirs publics ne mobilisent pas les énergies nécessaires pour lutter contre la drogue. Bien sûr, c'est une vision des « personnalités » politiques françaises. Mais rien n'exclut qu'elle peut être partagée par certaines autorités burundaises.

Une telle vision suscite tant d'interrogations quant à leur rôle de protection de la population. Ainsi, la dépendance toxicomaniaque est réduite aux seules manifestations extérieures qui font du consommateur un spectacle. C'est le « fou » dangereux, asocial, agressif, perturbateur de l'ordre public dont il faut s'éloigner.

A notre avis, nous pensons que c'est à cause de ces deux préjugés qui, au lieu de mettre sur pied une politique claire de santé mentale, valent aux toxicomanes un laissé pour compte n'ayant pour effet que de les isoler socialement ; plongeant dans les oubliettes la dimension du soin et du traitement.

Un autre handicap non moins important à la réintégration effective des anciens toxicomanes c'est la confusion observée entre les institutions pénitentiaires et les institutions psychiatriques.

---

[126] Bulletin international de l'International Révolutionnaire de la « jeunesse », N°1 Paris, jeunesse Révolutionnaire, juin 2001.

IX.2. Confusion entre institutions pénitentiaires et institutions thérapeutiques

A ce niveau, il est opportun qu'il y ait une loi sur la répression et que celui qui passe outre celle-ci soit puni. Nous savons que le fait même de consommer la drogue constitue un délit auquel viennent s'ajouter d'autres délits commis sous l'effet de la drogue. Mais tout toxicomane ne doit pas nécessairement commettre de délits.

En effet, sous l'effet de la drogue, certains sujets deviennent paisibles, tranquilles, alors que d'autres deviennent agressifs et violents. Dans ces conditions, la drogue n'est qu'un agent déclencheur d'une personnalité donnée. C'est pourquoi d'ailleurs le toxicomane délinquant est un malade qui a besoin d'être soigné ou bénéficier d'une prise en charge appropriée.

> ***« Néanmoins, il a commis un délit et la société doit réagir d'une façon ou d'une autre à l'ensemble de délits commis à son encontre pendant une période donnée »[127].***

C'est dans ce contexte que la répression fait partie du traitement des toxicomanes délinquants, sinon, le toxicomane devrait être traité comme un malade. Mais

> ***« On ne peut pas non plus soigner individuellement les criminels sans tenir compte du fait que la société a elle aussi besoin d'être soignée car elle a été blessée »[128].***

D'où le traitement le plus efficace de la toxicomanie est celui qui apporte satisfaction non seulement au toxicomane, mais aussi à la société.

Cependant, la société burundaise fait beaucoup plus recours à la répression qu'aux mesures thérapeutiques, laquelle répression s'avère inopportune étant donné qu'elle ne satisfait en aucune manière les toxicomanes, mais par contre les enfonce davantage dans leur mal.

La répression des consommateurs des drogues serait d'autant plus inopportune qu'elle ne fait pas perdre pour autant la conscience du danger de la drogue. La plupart des cas étudiés reconnaissaient en effet être au courant des dangers des drogues. Par ailleurs, des études ont établi que même en prison on y consomme de la drogue.

Au lieu de réprimer les toxicomanes par des emprisonnements, nous trouvons plutôt que le mieux serait de les encadrer autour du danger de la drogue et ensuite traiter médicalement ceux qui en sont déjà devenus dépendants. Un centre de désintoxication, de rééducation et de réinsertion socioprofessionnelle

---

[127] WINNICOTT, D. W. et al. ; op. cit. p.235
[128] WINNICOTT, D. W. et al. ; op. cit. p.236

est utile pour venir au secours de ces toxicomanes qui constituent un danger social. Nous pensons que la solution serait dans la construction d'établissements spécialisés où seuls les drogués se retrouveraient et trouveraient un personnel habilité à leur apporter un traitement efficace.

Nous devons inclure aussi des mesures visant la prévention. En effet, la prévention doit occuper une place de choix parmi les mesures destinées si pas à enrayer le fléau (ici la toxicomanie) mais tout au moins à le contenir. Le nombre de drogués dans les prisons serait ainsi réduit au minimum sinon totalement. Il faut donc prévenir et pour ce faire, une information et une éducation à grande échelle briseraient les mythes et permettraient de parler franchement de la drogue dans les familles, à l'école, partout où l'on peut atteindre les jeunes, première cible des drogues. Si non, l'emprisonnement des toxicomanes au Burundi est toujours voué à l'échec dans la mesure où, comme le précise E. MANIRAKIZA :

> ***« Même en prison, à l'instar de la prison centrale de MPIMBA on consomme la drogue qui y entre en grande quantité, parait-il, on se demande alors à quoi sert ce lieu pour le toxicomane et que devient-il à sa sortie de prison ? Le cas mérite une attention particulière car même certains autres prisonniers non familiers avec la drogue en sortent contaminés »[129].***

Loin de constituer donc un lieu de correction, les institutions pénitentiaires peuvent d'une façon ou d'une autre favoriser la consommation de drogues. Le traitement efficace des toxicomanes ne serait-il pas dans la compréhension de leur mal suivie des mesures visant la création des structures de réhabilitation, des structures produisant des activités récréatives et des activités d'auto financement comme solution aux problèmes sociaux des drogués, au lieu de les incarcérer dans des prisons d'où enfin de compte ils sortent expérimentés tant à la drogue qu'à la délinquance en général.

Nous terminons nos propos sur ce chapitre consacré à l'étude des facteurs d'échec d'une bonne réintégration socioprofessionnelle des anciens toxicomanes, en faisant notre l'idée de DORAY et SAINT-DIZIER lorsqu'ils disent que :

> ***« L'usage des drogues, y compris des plus addictives, ne peut donc seulement être analysé en termes d'anomie, de pathologie sociale ou d'exclusion. il participe aussi de modèles normaux d'action individuelle et incarne un désir d'insertion et de réussite sociale »[130].***

En somme, nous pensons qu'une bonne politique de santé mental et une législation en matière de la répression de la toxicomanie, pourrait contribuer à une bonne réintégration des anciens toxicomanes. Que pouvons-nous alors conclure en fin de compte et quelles suggestions pouvons-nous formuler ?

---

[129] MANIRAKIZA, E. op. cit.

[130] DORAY, B., et al., Malaise dans la Modernité, Apport des sciences de l'homme et de la société à la compréhension des drogues et des substances psychoactives, Rapport de recherche, Paris, juin, 1994, p.57.

CONCLUSION GENERALE ET SUGGESTIONS

a. Conclusion générale

Avant de conclure ce travail, il convient de rappeler les grandes étapes qui nous ont menés à son terme. Mais d'ores et déjà, nous signalons que sa supposée fin marque probablement le début d'autres recherches. En effet, nous ne pensons pas avoir épuisé tous les contours du problème, nous espérons que d'autres chercheurs pourront à leur tour prendre la relève pour nous compléter, sinon nous contredire. En ce qui nous concerne néanmoins, nous pensons avoir atteint nos objectifs.

Tout au long de ce travail, l'objectif principal était de déceler à travers les opinions émises et par l'observation de nos enquêtés, les problèmes que rencontrent les anciens toxicomanes quant à leur réintégration socioprofessionnelle. Après avoir énoncé les mobiles profonds qui nous ont motivé à choisir ce sujet et à le préférer parmi tant d'autres et avoir délimité le champ sur lequel allait porter la présente étude, nous l'avons subdivisé en trois parties. Ceci nous a permis de bien mener notre travail en l'abordant partie par partie.

Dans la première partie, se rapportant au cadre théorique, il a été question d'élucider certains concepts clés pour lever certains équivoques de compréhension. Nous pensons donc qu'en procédant de cette manière nous avons amené tous ceux qui nous liront d'avoir une même compréhension du texte. Nous venions ainsi de leur éviter un quelconque égarement dans la mesure où généralement le sens d'un concept dépend du contexte dans lequel celui-ci est pris. Ceci rejoint en quelque sorte l'idée de LINTON lorsqu'il répondait à BIDNEY :

> ***« La valeur d'une définition est toujours relative à un point de vue déterminé. On peut définir une bombe en fonction du dommage qu'elle peut causer ou de sa charge d'explosif : cela dépend de ce que l'on veut faire »***[131].

Il était de notre devoir de préciser le sens que nous donnions aux différents concepts que nous avons fréquemment employés dans ce travail. Toujours dans cette même partie, nous avons revu la littérature sur la toxicomanie, nous avons insisté sur l'approche psychosociale de la toxicomanie qui est par ailleurs l'aspect privilégié de notre recherche. Ici, nous avons tenté de situer le sujet dans ses différents aspects et contours.

---

[131] LINTON, R. ; op.cit, p.11

Dans la deuxième partie, consacrée au support méthodologique, nous avons circonscrit notre problème de recherche, qui en fait constitue à notre avis l'épine dorsale du travail, après quoi nous avons énoncé les objectifs poursuivis dans cette recherche.

En effet, après s'être donné un objet et fixé des objectifs à atteindre, il faut aussi préciser la méthodologie. Ainsi, avons nous précisé les techniques dont nous nous sommes servis pour récolter les données à savoir l'observation directe(clinique) et l'entretien semi-structuré. C'est dans cette même partie que nous avons circonscrit l'univers d'enquête, le déroulement de celle-ci, les difficultés rencontrées et enfin présenté la méthode de traitement des données recueillies.

La troisième et dernière partie de ce travail concerne la présentation, l'analyse et l'interprétation de données recueillies. Le premier chapitre de cette partie fut consacré à la présentation des monographies des cas observés. Ici, plutôt que de nous limiter à la présentation (description) du sujet, nous avons cherché à constituer une anamnèse pour chaque cas pour en analyser les liens ou les rapports avec l'état actuel du sujet. Nous pensons que le vécu passé du sujet ancien toxicomane n'est pas neutre vis-à-vis de l'état actuel de ce dernier, contrairement à l'idée avancée selon laquelle :

> ***« Le psychotique étant désocialisé la psychose ne serait avoir une étiolgogie socio-culturelle »[132].***

C'est dans cette même partie que nous avons essayé de comprendre les problèmes que rencontrent les anciens toxicomanes et leurs conséquences pour enfin terminer sur les facteurs d'échec à une bonne réintégration scio-professionnelle des anciens toxicomanes.

Ainsi, il est ressorti de ce chapitre que l'absence de politique nationale de santé mentale ainsi qu'une confusion entre institutions thérapeutiques et institutions pénitentiaires constituent des facteurs qui handicapent la réintégration des anciens toxicomanes dans le contexte burundais. Nous pensons que cette recherche nous a permis d'avoir une lumière sur les problèmes que connaissent les anciens toxicomanes dans leur quête d'une réintégration psychosociale dans son ensemble. En définitive, cette étude nous a permis de constater que les anciens toxicomanes éprouvent de grandes difficultés quant à leur intégration socioprofessionnelle ; ils sont marginalisés par leur entourage, d'où des problèmes sociaux comme la désintégration sociale, divorce, vols, agression, perte de statut social, mendicité, vagabondage etc.

Néanmoins, nous ne prétendons pas avoir été exhaustif dans l'exploitation du phénomène. Que ce travail qui, en soi n'est qu'une modeste contribution au savoir scientifique puisse éclairer toute personne intéressée pour les recherches

---

[132] EY, H. Etudes pychiatriques : structures des psychoses aiguës, destruction de la conscience, Paris, Desclée et BROUWER, 1954, p. 148

ultérieures dans le domaine de la toxicomanie. Nous ne pouvons pas cependant terminer sans formuler des suggestions pour une bonne intégration des anciens toxicomanes.

b. Suggestions

Les problèmes que connaissent les anciens toxicomanes ne peuvent être résolus que grâce à leur réintégration socioprofessionnelle effective. En effet, cette dernière viserait leur autonomie ainsi que leur accès aux services sociaux de base.

A cet effet, nous suggérons

I. Aux décideurs de :

a) Mettre en place un système efficace d'identification des anciens toxicomanes pour leur réintégration socioprofessionnelle effective.

b) Réserver un traitement social aux anciens toxicomanes parce que ce sont des personnes vulnérables suite à l'intoxication qu'ils ont connu pendant un si long moment.

c) Initier et promouvoir des activités génératrices de revenus par la promotion du crédit à la petite production, à l'artisanat et au petit commerce. Dans ce cadre, le gouvernement doit aussi mettre en œuvre des programmes de création d'emploi pour répondre au taux élevé de chômage.

d) Financer la création et la promotion des centres de rééducation d'anciens toxicomanes.

e) Orienter les actions du pouvoir public et du secteur privé à inclure la prévention des drogues et la réhabilitation du toxicomane.

f) Reconnaître et intégrer la notion que le toxicomane est un malade.

g) Harmoniser les stratégies de lutte.

II. *Aux anciens toxicomanes eux-mêmes*

a) Apprendre des métiers dans des écoles techniques et professionnelles puisque avec la motivation, l'on apprend à tout âge.

BIBLIOGRAPHIE.

A. OUVRAGES GENERAUX.

1. BADIN, P., Les aspects psychosociaux de la personnalité, vol I, centurion, 1977.

2. BARTOLI, H., Population, travail, chômage, le plein d'emploi question, Paris, Economica, 1982

3. CHAMI, M., Toxicomanies et interventions sociales, Paris, E.S.F., 1987.

4. COLLIGNON, R., A propos de psychiatrie communautaire en Afrique Noire, in psychopathologie africaine, vol21, n°21, 1983.

5. CURLET, F., Idées fausses sur la défonce, Paris, Flammarion, 1982

6. DAUL, R., et al Traité de psychologie sociale, les méthodes, Paris, P.U.F., 1967.

7. DELANDSHEER, G., Introduction à la recherche en Education, 5ème Ed., paris, Armond COLIN- Bourrelier, 1982.

8. DENIS, R., Les drogues, Flammarion, 1995.

9. DE PERETTI, A. , Liberté et relation humaine ou inspiration non directe, Paris, éd. de l'EPI 1993.

10. EHRENBERG, A. et al :Cultures et politiques de la drogue en Occident

11. ERIC, F. et France, L., La toxicomanie vers une évaluation de ses traitements, Paris, INSERM,1989.

12. EUSENCK. , Les dimensions de la personnalité, Paris, P.U.F., 1950.

13. EY, H., Etudes psychiatriques : Structures des psychoses aiguës, destruction de la conscience, Paris, Disclée et BROUWER, 1954.

14. FESTINGER, L. et al. Les Méthodes de recherche dans les sciences sociales, T2, Paris, 1997.

15. FREBAVILLE, J.P et al., les jeunes et la drogue, Paris, P.U.F., 1977

16. FREUD, S., Malaise dans la civilisation, Paris P.U.F. ,1971

17. HANUS, M., Psychiatrie intégrée de l'Etudiant, Paris, Quatrième édition, 1975.

18. HERMAN, P. et al., L'évaluation des effets des psychothérapies, Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie, Paris, 1987.

19. KRAMER, J.P et al. La pharmacodépendance, Génève, 1975

20. LALOY, L. , Le livre de la fumée ,Paris, Dordon-Ainé,1913

21. LAURIER, F. En marge de la drogue, les éd, E.S.F, Paris, 1992

22. LALANDE, A. et al. Psychiatrie clinique : Une approche bio-psycho-sociale ; Montréal, Canada,1986.

23. LAING, S., Le moi divisé Ed. Stock, Paris, 1978.

24. LEDUC, C., Le parent entraîneur, Montréal, Ed. logique, 1994.

25. LEON, A., Manuel de psychopédagogie expérimentale, Paris, P.U.F., 1973

26. LEWIS, O., La vida, une famille portonicaine dans une culture de pauvreté, San Juan et New York, Ed. Gallimard, 1969.

27. LINTON, R., Le fondement culturel de la personnalité, Dunod, paris, 1977.

28. MAXENCE, J.L., Aide aux toxicomanes, Paris, 1973

29. MAYER, R et al. Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux, Québec, Gaëtan, Morin, 1991.

30. MUCCHIELLI, R., Les méthodes qualitatives, Paris, P.U.F, 1991.
Le questionnaire dans l'enquête psychosociale, connaissance du problème, Paris, E.S.F, 1973.

31. NAOUM, C., L'entretien psychologique, Paris, P.U.F., 1975.

32. NATHALIE, L., et al., Le devenir d'enfants abandonnés, Paris .PU.F., 1981.

33. NOWLISH., La drogue démystifiée, Paris, UNESCO,1977.

34. OLIEVENSTEIN, C., La drogue, Paris, Ed. Universitaire, 1970
Destin du toxicomane, Paris, Fayard, 1983.

35. OUGHOURLIAN, J. M., La personne du toxicomane psychologie de toxicomanes actuels dans la jeunesse occidentale, Toulouse, Privat, 1974.

36. PELCI, et al.., Les Assuétudes, abus et états de dépendance Alcool, tabac, médicaments, drogues, Ed. universitaire de Bruxelles, 1983.

37. POROT, A et al., Les toxicomanies in QSJ, Paris, P.U.F., 1987.

38. REUCHLIN, M. , Précis de statistique, paris, P.U.F., 1976.

39. REYNAUD, M. , Les toxicomanies, Paris, P.U.F., 1984

40. ROSENZWEIG, J.P., La société au miroir de la délinquance ; le monde diplomatique, 1986.

41. TIERCE, M., Guide de formation personnelle, DAMMARIE-LES-LYS, éd. S.D.T, 1976.

42. VARENNE, G., L'abus des drogues, Bruxelles, 1971.

43. WINNICOTT, D.W. et al., - Déprivation et délinquance, Paris Gallimard, 1994.
- L'enfant et la famille, Payot, 1978

B. MEMOIRE ET THESES

1. BARAGASIKA, P., Etude de quelques aspects psychologiques liés au complexe d'oedipe chez les enfants de SOS du Burundi, Mémoire, Bujumbura, Université du Burundi-FPSE, 1996.

2. MUSAFIRI, L., Etude de quelques facteurs motivationnels à la base de la consommation de la drogue, Mémoire, Bujumbura, Université du Burundi, F.P.S.E, 1993.

3. SIMBANANIYE, E., Contribution à l'étude du phénomène de la drogue au BURUNDI, Mémoire, Bujumbura, Université du Burundi, F.P.S.E, 1998.

C. DICTIONNAIRE ET ENCYCLOPEDIES.

1. ROBERT, P., Dictionnaire Petit Robert., Paris, Nouvelle édition, 1977.

2. BIRON, H., Vocabulaire pratique des scènes sociales Paris, Ed. économique et humanisme, 1968

3. LAFFON, R. , Vocabulaire de psychopédagogie et psychiatrie de l'enfant, Paris, P.U.F., 1963.

4. PIERON, H., Vocabulaire de psychologie, Paris, P.U.F., 1957.

5. ROUSSEAU, Univers de Psychologie,Vol.5, Paris, éd. Lidis, 1980.

6. SILLAMY, N., Dictionnaire de psychologie, Paris, Bordas, 1980

D. Revues, exposes et autres publications.

1. BARANCIRA, S., Exposé sur « les principales drogues consommées au Burundi et leurs effets physiques et psychosociaux » à l'occasion de la journée internationale de lutte contre la drogue, 26 Juin 2000, centre islamique, Bujumbura.

2. Bulletin international de l'international Révolution de la « jeunesse » n°1, Paris, Jeunesse Révolutionnaire Juin, 2001.

3. Codes et lois du Burundi, in Bulletin officiel du Burundi.

4. COTEAU, J., Journal d'une désintoxication, Paris, 940.

5. Division des stupéfiants.; Inventaire des mesures propres à réduire la demande illicite de drogues, Vienne, Nations Unies, 1991.

6. DORAY, B. et al., Malaise dans la modernité, Apport des sciences de l'homme et de la société à la compréhension des drogues et des substances psycho-actives, Rapport de recherche, Paris, Juin, 1994.

7. ESTEVENART, G. , Drogue, dépendance et interdépendance, conférence internationale.

8. GAKWAYA, A. Séminaire des pays francophones d'Afrique centrale sur la réinsertion sociale des personnes handicapées, Kinshasa, 1981.

9. JAVIER PEREZ DE CUILLAR., Les Nations Unies et la lutte contre l'abus des drogues, Vienne, 1984.

10. LAROQUE, P., Les grands problèmes sociaux contemporains, Paris, les cours de droit Fascicule I, 1968-1969.

11. MANIRAKIZA, E., Exposé sur la « problématique de la drogue au Burundi » à l'occasion de la journée internationale de lutte contre la drogue, centre islamique de Bujumbura ; 26 Juin 2001.

12. NANIWE, A., Questions approfondies de psychologie de l'enfant et de l'adolescent, cours inédit, U.B., FPSE, Ière licence, A.A. 1998-1999.

13. Les nations unies et la lutte contre l'abus des drogues.

14. NZISABIRA, E., Méthodologie de la recherche et Séminaire, 2ème candidature, Cours inédit, Université du Burundi FPSE, A.A, 1997-1998.

15. OMS, L'usage du Cannabis : Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS, Genève, OMS, 1971.

16. RODOLPHE, F., La politique de lutte contre la drogue, in cultures et politiques de la drogue en occident,.

17. Sciences et Vie, n° 879 déc., 1960.

19. U.B.I.T., Glossaire de la réadaptation professionnelle et de l'emploi des handicapés, Genève 1971.

Annexes 1 :

CONSIGNES

Madame, Monsieur

Dans le présent travail, nous voudrions échanger avec vous sur les réalités liées à la problématique de la réinsertion ou la réintégration socioprofessionnelle des ex-toxicomanes précisément en mairie de Bujumbura.

Ainsi, certaines questions vous seront posées en vue de solliciter votre contribution à la réalisation de notre travail de fin d'études à l'université du Burundi.

Nous précisons ici que ce travail n'a aucune autre intention que celle de vous demander de nous renseigner sur les réalités en rapport avec la problématique de la réintégration des ex-toxicomanes en mairie de Bujumbura, il revêt donc un caractère scientifique, académique et confidentiel.

Nous vous avons choisis parce que nous estimons que vous êtes les mieux indiqués pour connaître ces réalités.
Nous vous demandons donc de répondre individuellement et sincèrement à toutes les questions car aucune réponse n'est fausse et la meilleure réponse est celle que vous donnerez.
Nous vous promettons de vous garantir sans faille votre anonymat.

Assuré de votre franche et sincère collaboration, nous vous exprimons nos remerciements anticipés.

Thaddée NKESHIMANA

Annexe 2 :

Guide d'ENTRETIEN AVEC LES ANCIENS TOXICOMANES.

I. IDENTIFICATION

- Age du sujet
- Age du début de la consommation
- Age d'arrêt de la consommation

II. THEMES D'ENTRETIEN.

Thème I : Le champ relationnel de l'ancien toxicomane.

Q1 : Comment êtes vous considéré dans votre cercle familial pendant et après la prise de la drogue.
Votre famille vous réserve ou vous réservait-elle un temps d'échange pour que vous puissiez exprimer vos problèmes. Si oui, étiez-vous prêt à les écouter ?

Q2 : Etes-vous satisfaits de vos relations avec :
- les parentés
- les amis
- les voisins
- l'entourage en général ?

Q3 : Comment, dans votre service, vos amis, le personnel administratif vous traitent-ils ? Expliquez.

Q4 : Quels rapports avez-vous avec les autres anciens toxicomanes.

Thème II : Les attentes ou la perception des anciens Toxicomanes vis à vis de leur avenir.

Q5 : Quel sort la société vous réserve-t-elle en général et le monde du travail en particulier quant à votre réintégration?

Q6 : Comment envisagez-vous votre avenir ?

Q7 : Comment vous sentez-vous actuellement dans cet état de sevrage ?

Thème III : Les problèmes rencontrés par les anciens toxicomanes et leurs conséquences.

Q8 : Avez-vous des problèmes dans votre vie de tous les jours ?

Q9 : D'après vous, quels sont les principales entraves relatives à la réintégration socioprofessionnelle effective.

a. d'ordre psychosocial ?
b. d'ordre professionnel ?

Q10 : Qu'est-ce que vous demandez aux pouvoirs publics en faveur des toxicomanes en général et des anciens toxicomanes que vous êtes en particulier.

Q11 : Certains responsables des entreprises publiques ou privées ont peur d'embaucher les anciens toxicomanes. A quoi cela serait-il dû ?

Q12 : Quel est votre commentaire (message, souhait, suggestion, stratégie) sur la problématique de la réintégration socioprofessionnelle des anciens toxicomanes ?

Annexe 3 :

Version en kirundi (consignes)

Mupfasoni, Mushingantahe,

Muri iki gikorwa twashaka kuganira namwe ku vyerekeye ingorane abahora bafata ibiyayuramutwe baronka mu gihe bashaka gusubira mu buzima bwa minsi yose nk'abandi haba mu mibano yabo, mu miryango, canke haba kurondera akazi, aha mu Burundi na cane cane mu gisagara ca Bujumbura.

Rero turaza kubabaza ibibazo bimwe bimwe. Kugira tubabaze mu duterere agacumu k'ubumwe mw'irangurwa ry'iki gikorwa co guheza ivyigwa vyo mw'ishule ya kaminuza y'UBURUNDI.

Iki gikorwa nta kindi kirondera atari ukubaza ngo mudushikire ku vyerekeye ingorane abahora bafata ibiyayuramutwe baronka aha mu gisagara ca Bujumbura haba mu mibano no mu kazi.

Ni mwebwe twatoye kuko twibaza ko ari mwebwe mubizi kurusha Abandi. Tukabasaba rero ko mwotwishura umwe umwe wese ku giti ciwe kandi mukatubwiza ukuri ku bibaza kuko nta nyishu mutanga itabereye, kandi inyishu nziza niyo muza gutanga.Natwe tubemereye ko tutazotirigana ngo tubavuge amazina canke ngo tubararaze.

Tubaye turabashimira ku bwira muza kubikorana.

Thaddée NKESHIMANA.

Annexe 4 :

Guide d'entretien en Kirundi avec les anciens toxicomanes.

A. KWIDONDORA.

- Imyaka
- Aho yatanguriye gufata ibiyayuramutwe
- Aho yahagarikiye gufata ibiyayuramutwe.

Q1. Mu muryango iwanyu bagufata gute igihe wari ugifata biyayuramutwe, ubuho bagufata gute ? Baraguha umwanya ngo muvugane ingorane zawe. Muri ico gihe warabumviriz ?

Q2. Urashimishwa n'ingene abavyeyi, abagenzi n'ababanyi bagufata ? Sigura inyishu ?

Q3. Ku kazi iwanyu abategetsi n'abandi mukorana bagufata gute igihe wari ukiri ku kazi ?

Q4. Mufashanya gute n'abandi bahora bafata ibiyayuramutwe ?

Q5. Mubona hari ico leta yategekanije kugira babafashe mu ngorane mugira iyo mugomba gusubira mu buzima nk'abandi bose ?

Q6. Kazoza kawe ukabona gute ?

Q7. Ubu wiyumva gute aho uhebeye gufata ibiyayuramutwe :
Dusigurire.

Q8. Woba ufise ingorane mu buzima bwawe bwa minsi yose ?

Q9. Ku bwawe ubona intambamyi ugira haba mu kuronka akazi canke mu mibano ari nk'izihe ?

Q10. Musaba iki Leta coza gifasha abafata caanke abahora bafata ibiyayuramutwe ?

Q11. Hariho abantu batwara amashirahamwe yaba aya Leta canke y'abikorera utwabo batinya guha akazi abahora bafata ibiyayuramutwe. Vyoba biva kuki ?

Q12. Mwoshikiriza iki (icifuzo, intererano, icokorwa....) ku ngorane abahoraa bafata ibiyayuramutwe bagira iyo bagomba gusubira mu buzima nk'abandi.

Annexe 5 :

Guide d'Entretien avec Certaines Autorités.

I.1. Questions adressées aux officiers de la PJP œuvrant dans la cellule antidrogue

1. Depuis combien de temps être vous dans la cellule antidrogue ?
2. Quelle est la catégorie de gens impliqués dans l'usage (sexe, tranche d'âge, niveau d'instruction, profession, situation professionnelle, situation familiale).
3. Quelles sont les sortes de drogues consommées au Burundi surtout en mairie de Bujumbura.
4. Quels sont d'après vous, les problèmes consécutifs à la drogue chez l'individu consommateur ?
5. Quels sont les milieux (quartiers de la mairie) les plus touchés par le fléau de la drogue ?
6. Votre commentaire sur le sujet d'étude (message, suggestions) sur les stratégies de lutte et modalités de réintégration ou réinsertion socioprofessionnelle des anciens toxicomanes.

Annexe 6 :

Guide d'observation clinique.

1. Indices anamnestiques.

A. Etat Civil du sujet ancien toxicomane.

- Célibataire
- Concubin (e)
- Marié (e)
- Séparé (e)
- Divorcé (e)
- Veuf (e)

B. Milieu Socio-éducatif

- Famille adoptive
- Orphelin de père
- Orphelin de mère
- Elevé (e) chez ses grands parents
- Conduite des Educateurs
- Qualité de vie dans la famille tutrice

C. Autres Indications sur le sujet.

- Antécédents familiaux (maladie mentale, alcoolisme, suicide, problème judiciaire)
- Rang dans la fratrie
- Absence des parents
- Ambiance régnant dans la famille
- Séparation
- Etat de santé physique et mentale du sujet
- Traits saillants du caractère
- Adaptation sociale
- Anamnèse scolaire du sujet.

D. Facteurs à la base de l'état de toxicomanie.

- Facteurs subjectifs
- Facteurs objectifs

E. Evolution ultérieure.

- Nature de la réinsertion professionnelle
  - Acceptation facile ou non
  - Surveillance clandestine
  - Réintégration au même poste
  - Changement de poste vers une position inférieure
- Types de loisirs et activités auxquels il s'adonne.
- Qualité de la vie en famille

2. Etat actuel du sujet ancien toxicomane.

A. Impression générale

- Présentation et aspect extérieur du sujet
- Etat de la conscience
- Le langage (communication : fond et forme)
- Types de mécanismes de défense adoptés par le sujet
- Comportement dans la vie quotidienne
- Relations sociales.

B. Activités psychiques basales (sphère cognitive).

- Etat de la conscience
- Orientation spatio-temporelle
- La mémoire
- Les perceptions
- Intelligence
- Concentration
- Construction de la pensée
- Troubles du cours de la pensée
- Troubles de l'abstraction
- Troubles de la volonté

N.B : Il s'agit ici de voir si la drogue a altéré définitivement la sphère cognitive ou bien l'altération a été transitoire.

C. Sphère instinctivo-affective.

- Intérêt ou désintérêt aux choses et aux êtres
- Liens entre émotions et événements
- Libération des sentiments
- Emotions adaptées ou non.