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

Problèmatique de la prise en charge médicopsychosociale des toxicomanes hôspitalisés au CNPK

Mugisha, Jean Bosco; Sous la direction du : Professeur Sylvère SUGURU

2010
UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1191

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

PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICOPSYCHOSOCIALE DES TOXICOMANES HOSPITALISES AU CNPK

Sous la direction du :
Professeur Sylvère SUGURU

Par Jean Bosco MUGISHA

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

Option : Psychologie Clinique et Sociale

Bujumbura, Octobre 2010

DEDICACE

A notre regretté père,

A notre très chère mère,

A tous ceux qui nous sont chers,

Nous dédions ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'est que le modeste travail d'un novice à la recherche en sciences sociales. Néanmoins il n'aurait pas pu aboutir si nous n'avions pas pu bénéficier d'un concours à la fois scientifique et matériel de certaines personnes à qui nous devons exprimer nos vifs sentiments de gratitude.

Nos sincères remerciements sont particulièrement adressés à Monsieur Sylvère SUGURU, Directeur du présent travail qui, en dépit de ses responsabilités, a accepté de guider notre recherche. Les conseils qu'il nous a donnés dès le début jusqu'à l'étape finale de la réalisation de ce travail nous ont été d'une grande utilité.

Nous sommes profondément redevable à nos chers parents spécialement à notre très chère mère pour leur amour indéfectible. Ils nous ont assisté et appuyé moralement et matériellement dès notre naissance jusqu'aujourd'hui. Ce travail est le fruit de leurs efforts.

A tous ceux qui ont contribué à notre formation du primaire à l'université, nous exprimons notre sentiment de reconnaissance. C'est grâce à leurs actions combinées que nous avons abouti à ce stade.

A la famille Thérence NTAWUHEZA, nous adressons nos sentiments de gratitude pour n'avoir cessé de penser à nous.

A tout le personnel soignant du CNPK plus particulièrement du service de psychiatrie qui nous a fourni les informations, nous formulons un immense merci pour le temps précieux qu'il nous a consacré.

Que le Directeur Général du CNPK trouve ici nos vifs sentiments de reconnaissance.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire, nous disons merci.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS UTILISES

Al : Autres collaborateurs

CNPK : Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge

Dr : Docteur

Ed : Edition

ESF : Expansion Scientifique Française

F.P.S.E : Faculté de psychologie et des Sciences de l'Education

Ibidem : Même ouvrage et au même endroit

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

L.S.D : Diéthylamide de l'Acide Lysergique

MST: Maladies Sexuellement Transmissibles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Op.cit : Opere Citato (Ouvrage déjà cité)

p : Page

PNLS : Programme National de Lutte contre le Sida

P.U.F : Presses Universitaires de France

U.B : Université du Burundi

TABLE DES MATIERES

DEDICACE I

REMERCIEMENTS II

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS UTILISES III

TABLE DES MATIERES IV

0. INTRODUCTION GENERALE 1

0.1. Présentation du travail 1

0.2. Justification du choix du sujet 3

0.3. Délimitation du sujet 4

PREMIERE PARTIE : SUPPORT THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 5

CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS DE BASE 6

1.1. La drogue 6

1.2. La toxicomanie 7

1.3. Substances psycho-actives 8

1.4. Stupéfiants 8

1.5. La dépendance 8

1.6. Sevrage 9

1.7. Abstinence 10

1.8. Addiction 10

1.9. Réadaptation 10

1.10. Réhabilitation 11

1.11. La pharmacodépendance 11

1.12. La désintoxication 11

1.13. Réinsertion 12

1.14. La prise en charge 12

1.15. Conclusion du chapitre 14

CHAPITRE II : QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LA TOXICOMANIE 15

2.1. Comment devient-on toxicomane ? 15

2.2. Les facteurs de la toxicomanie 17

2.3. Classification des drogues 21

2.4. Les troubles psychiatriques associés à la toxicomanie 23

2.5. Conclusion du chapitre 26

CHAPITRE III : LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES 28

3.1. La prise en charge médicale 28

3.2. La prise en charge psychosociale 32

3.3. Conclusion du chapitre 35

CHAPITRE IV : PROBLEMATIQUE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE 37

4.1. Problématique de la recherche 37

4.2. Objectifs de la recherche 42

4.3. Démarche méthodologique 42

4.4. Le dépouillement et l'analyse des données recueillies 47

4.5. Conclusion du chapitre 48

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE 49

CHAPITRE V : PROBLEMES LIES A L'ABORDAGE DU TOXICOMANE 50

5.1. Les premiers contacts en consultation sont difficiles 50

5.2. La négation de la maladie 52

5.3. La difficulté de l'évaluation initiale de l'état du malade 54

5.4. La prise en charge hospitalière difficile 57

5.5. Conclusion du chapitre 59

CHAPITRE VI : ECUEILS LIES A LA CURE DE DESINTOXICATION DES TOXICOMANES HOSPITALISES 60

6.1. Manque de structures spécialisées 60

6.2. La non qualification du personnel soignant 63

6.3. Le traitement biomédical non adapté 65

6.4. Le refus du traitement biomédical 69

6.5. Conclusion du chapitre 70

CHAPITRE VII : DIFFICULTES LIEES A LA PSYCHOSOCIOTHERAPIE DES TOXICOMANES 72

7.1. Résistance avérée des toxicomanes au sevrage psychique 72

7.2. Désengagement familial dans le suivi des toxicomanes 76

7.3. Les barrières culturelles et la rechute du toxicomane 79

7.4. Conclusion du chapitre 81

CHAPITRE VIII: STRATEGIES ADOPTEES POUR LA READAPTATION SOCIALE DES TOXICOMANES 83

8.1. Attitudes de la famille face à l'ex-toxicomane 83

8.2. Attitudes de l'entourage face à l'ex-toxicomane 85

8.3. La sensibilisation du public 87

8.4. Création des structures de réadaptation pour les toxicomanes 90

8.5. Conclusion du chapitre 90

CONCLUSION GENERALE 91

SUGGESTIONS 92

BIBLIOGRAPHIE 94

ANNEXES 97

0. INTRODUCTION GENERALE

0.1. Présentation du travail

Depuis la nuit des temps, l'homme a utilisé des substances psycho-actives pour se sentir plus à l'aise, gérer certaines émotions comme l'anxiété et la frustration, le stress, la pression et la performance. Ce qui distingue notre époque du passé c'est la fréquence effrayante de l'abus des drogues au sein de la jeunesse et parmi des personnes âgées et cela à travers le monde. Ainsi, l'OMS souligne que :

> *« L'usage des substances psycho-actives et la dépendance représente un lourd fardeau, aussi bien pour l'individu que pour la société, et cela partout dans le monde ».*[1]

L'abus des substances psycho-actives est devenu un problème de santé publique qui engendre des coûts énormes sur le plan personnel et économique avec des répercussions nombreuses sur le plan biologique, physique, psychologique, familial et social. C'est un problème d'ampleur mondiale. Il n'y a pratiquement aucun pays au monde qui ne soit touché parmi les pays développés comme parmi les pays en développement y compris le Burundi. Les personnes qui consomment de la drogue viennent de tous les coins du pays et de toutes les couches de la société. Elles peuvent être riches ou pauvres, jeunes ou âgées, de sexe masculin ou féminin, intelligentes ou non, instruites ou non. Toutefois, les motifs de la consommation des drogues ne sont pas les mêmes, ils diffèrent d'une personne à une autre. Selon Maxence,

> *« Les causes du fléau toxicomaniaque sont nombreuses, complexes, entremêlées et interactives. Elles varient suivant les individus »*[2].

Ainsi, les gens peuvent commencer à consommer de la drogue pour des raisons variées : la curiosité, le plaisir, l'expérimentation, le soulagement, la dépression, l'impuissance, les pressions sociales ou pour des raisons d'ordre médical et peuvent continuer d'en prendre suite à la tolérance ou à la dépendance psychologique.

Les effets, les risques et les dangers des drogues ou substances psycho-actives varient d'une personne à une autre et suivant la nature des produits consommés et l'usage qu'on en a fait. Comme il est déjà mentionné plus haut, les raisons de consommer ces substances diffèrent selon chaque personne. Elles sont liées à son histoire, à son état de santé, à son environnement

---

[1] OMS, Neurosciences : Usage de substances psycho-actives et dépendance, Genève, 2004, p. 5.
[2] MAXENCE, J.L., L'aide aux toxicomanes, Paris, Editions de Droguet et Ardent, 1993, p. 10.

familial et social. La consommation des substances psycho-actives procure toujours un plaisir et/ou un soulagement immédiat. Contrôlé ou non, elle ne présente pas toujours les mêmes dangers. Elle dépend aussi de la vulnérabilité du consommateur, de la nature du produit, de la quantité consommée, de la fréquence et du contexte de la consommation.

La toxicomanie est une problématique multidimensionnelle qui concerne aussi bien les domaines psycho-affectif, médical, économique, politique, juridique et social. 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 ».*[1]

Ainsi donc, pour lutter efficacement contre le trafic des drogues et la consommation abusive de ces dernières, les décideurs ou les hauts responsables gouvernementaux doivent, en plus des politiques de répression du trafic des drogues, réfléchir, planifier et mettre sur pied des programmes de traitement et de prévention des toxicomanies. A ce propos, il est important de souligner que la prévention doit être l'élément clé de tout programme efficace contre l'abus des drogues. En effet, le traitement de la toxicomanie est d'autant plus délicat dans la mesure où le toxicomane est un patient ayant une personnalité déjà fragilisée par la prise répétitive des substances toxiques. Le traitement des patients toxicomanes est un travail de longue haleine qui nécessite souvent des prises en charge successives. La diversité des prises en charge reflète la multiplicité des situations que peuvent vivre les toxicomanes quant à leur type et degré d'intoxication, leur insertion sociale, leurs affections ou accidents somatiques. Ainsi l'objectif global du présent travail de recherche a été d'essayer de déceler la problématique de la prise en charge médicopsychosociale des toxicomanes.

---

[1] ESTIEVENART, Drogue : dépendance et interdépendance cité par NKESHIMANA,T. In Contribution à l'étude de la réintégration socio professionnelle des anciens toxicomanes, Mémoire inédit, Bujumbura, UB, F P S E, 2002, p. 10.

0.2. Justification du choix du sujet

En tant qu'étudiant en psychologie et futur intervenant psychosocial, les difficultés rencontrées par le personnel soignant dans la prise en charge thérapeutique des toxicomanes constituent un phénomène qui nous fascine. Ici, la question fondamentale est de savoir pourquoi nous avons choisi ce sujet plutôt qu'un autre. L'option pour un tel travail n'est pas le résultat du hasard. Elle est motivée par plusieurs raisons telles que présentées ci-après.

Tout d'abord l'intérêt que nous réservons à la vie de l'être humain et tout ce qui contribue à le protéger et /ou à le rétablir lorsqu'il se porte mal, constitue la première raison importante. L'étude que nous nous proposons de faire sur la problématique de la prise en charge thérapeutique des toxicomanes répond à notre souci majeur d'apporter une contribution à la compréhension de ce phénomène et à la mise en évidence de la problématique de la prise en charge des toxicodépendants par le personnel soignant.

Une autre raison à la base du choix de ce sujet est d'attirer l'attention du gouvernement, des ONGS et associations pour qu'ils puissent intervenir dans la mise en place des institutions ou des centres spécialisés pour le traitement des toxicomanes. En effet, l'article 1er de la loi française n°70-1320 du 31 décembre 1970 et article L 3411-1 du code de la santé publique stipulent que toute personne usant d'une façon illicite des substances ou plantes classées comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire.

Cette loi favorise face aux sanctions pénales, des solutions thérapeutiques. En effet, les problèmes complexes posés par l'usage de drogues demandent plutôt des réponses répressives. D'où, il est important d'intégrer dans le secteur de la santé publique des services de traitement des toxicomanies ainsi que des systèmes de soins de santé physique et mentale. En effet, sachant que l'éradication totale de la drogue semble difficile à réaliser malgré des méthodes très coercitives, la réorganisation du système de la santé publique semble la solution la plus efficace.

Enfin, une autre raison qui nous a poussé à choisir ce sujet c'est la rareté des études effectuées sur la prise en charge des toxicomanes alors que ce fléau social menace la jeunesse de tous les coins du monde en général et du Burundi en particulier, laquelle jeunesse constitue la force productive dont le pays a besoin pour se développer. Depuis plusieurs années, des recherches sur les pratiques adductives ont mis l'accent sur la compréhension et l'explication des comportements de consommation de substances psycho-actives. Cependant, l'arrêt, la sortie

ou l'abandon de ces comportements est trop souvent évité ou peu abordé. Il semble donc nécessaire aujourd'hui d'intégrer dans l'étude de ces comportements de consommation marqués par la dépendance, l'étude des démarches d'arrêt.

0.3. Délimitation du sujet

Comme toute autre personne en difficultés, les toxicomanes connaissent beaucoup de problèmes. Ils peuvent être d'ordre matériel, sanitaire, psychosocial, socio-professionnel, cognitif,... . Nous n'avons donc pas l'ambition d'aborder tous ces domaines dans un seul ouvrage et a fortiori dans un seul travail de mémoire. C'est pour cette raison que notre travail a été centré uniquement sur l'analyse de la problématique de la prise en charge médicopsychosociale des toxicomanes. Pour cela, notre étude s'est limitée à explorer les difficultés rencontrées par le personnel soignant dans le processus thérapeutique d'un toxicomane. En effet , notre travail a été mené au CNPK, non pas pour des raisons de facilité, mais parce que nous sommes informé que ce centre est le seul centre spécialisé qui accueille des personnes ayant des troubles psychiatriques y compris les victimes de la toxicomanie. Concernant le terrain d'enquête et la population d'enquête, notre recherche porte sur le personnel soignant œuvrant dans le service psychiatrique au CNPK.

Pour ce qui est des avantages que le CNPK présente pour la réussite de notre travail, il est la seule institution la plus ancienne expérimentée s'occupant des malades mentaux et des handicapés sociaux y compris les toxicomanes. Dans le traitement de ces derniers, il procède à l'utilisation des méthodes thérapeutiques comme la chimiothérapie, la psychothérapie et la sociothérapie. Chacune de ces techniques joue son rôle et contribue d'une manière ou d'une autre à compléter l'arsenal médicamenteux proposé au patient toxicomane hospitalisé. Pour une gestion efficace, ces méthodes thérapeutiques doivent être faites en symbiose.

Concernant d'autres avantages, nous aurons l'occasion de les préciser lorsque nous en viendrons à parler de la justification du choix du terrain, de la population d'enquête et des caractéristiques des enquêtés.

PREMIERE PARTIE :

SUPPORT THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS DE BASE

Nous ne pouvons pas nous lancer dans la recherche proprement dite sans préciser le sens que nous accordons à certains termes dont l'ambiguïté handicaperait la compréhension de ce travail. En effet, un concept ou une notion peut revêtir plusieurs significations selon le contexte dans lequel on l'utilise et également varier de sens selon les individus qui l'utilisent. Ce chapitre a donc pour but d'élucider les termes essentiels afin d'éviter des confusions et de permettre au lecteur de mieux comprendre le contenu de notre étude. Ainsi, il est question de définir les concepts suivants : drogue, toxicomanie, substances psycho-actives, stupéfiants, dépendance, sevrage, pharmacodépendance, désintoxication, prise en charge, addiction, réadaptation, réhabilitation, réinsertion.

1.1. La drogue

Selon DORON et POROT,

> *« La drogue est définie comme une substance ayant des propriétés pharmacologiques particulières dans la mesure où elle entraîne une tolérance et une dépendance et plus généralement de la toxicomanie ».*[1]

Cette définition semble avoir un sens large difficile à comprendre. Pour la clarifier davantage, ces auteurs réservent l'usage du mot drogue

> *« Aux substances illégales ou non, utilisées dans un but théoriquement non pharmaceutique de recherche du plaisir, d'évitement de la douleur physique ou psychologique ou de réduction des efforts d'une dépendance physique ou psychologique (effets de sevrage) ».*[2]

Dans cette perspective, on comprend que la drogue signifie un produit ou un médicament euphorisant qui, une fois avalé, inhalé ou injecté, agit sur le cerveau et modifie l'activité mentale. Elle entraîne chez l'usager un sentiment de bien-être général et l'oubli de ses difficultés existentielles. La prise répétitive de ces produits engendre un état de dépendance physique et/ou psychique. A ce niveau, le consommateur dépendant est incapable d'abandonner les shootings ou les snifs par sa propre volonté, il devient esclave de la drogue.

---

[1] DORON, R. et POROT, F., Dictionnaire de psychologie, Paris, PUF, 1991, p. 231.
[2] DORON, R. et POROT, F., Op. Cit., p. 214.

Il ressent de temps en temps le besoin impérieux de vouloir répéter l'expérience produite par sa consommation.

1.2. La toxicomanie

La toxicomanie (du grec toxikon=poison et manie= folie) se traduit par usage répété et excessif d'une ou de plusieurs substances toxiques sans justification thérapeutique. Cet usage s'accompagne d'un désir incontrôlable de continuer à consommer le produit, ce qui entraîne ainsi la dépendance.

En effet, dans la recherche d'une définition applicable au travail médico-légale, nous devrons nous référer à l'avis des organismes ou institutions au sein desquels une équipe polyvalente concentre son activité sur ce problème. Voici donc la définition sur laquelle la majorité des spécialistes s'accorde pour définir la toxicomanie. Selon l'OMS, la toxicomanie est,

> *«Un état d'intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d'une drogue, naturelle ou synthétique ».*[1]

Elle précise aussi que ses caractéristiques sont notamment :

> *« Un invincible désir ou besoin de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens ; une tendance à augmenter les doses ; une dépendance d'ordre psychique (psychologique) et généralement physique à l'égard des effets de la drogue ; des effets nuisibles à l'individu et à la société ».*[2]

Ainsi, nous pouvons dire que l'usage occasionnel des drogues n'est pas synonyme de toxicomanie. Le stade de toxicomanie est atteint quand le consommateur éprouve un besoin impérieux de consommer une substance psycho-active pour fuir ses difficultés, pour être performant ou pour éprouver une sensation agréable. Le consommateur est dit toxicomane quand il est devenu psychologiquement et physiquement dépendant de la drogue et que la suppression de celle-ci déclenche des perturbations physiologiques.

1.3. Substances psycho-actives

Les substances psycho-actives sont des substances qui agissent sur le cerveau et modifient l'activité mentale. Elles peuvent altérer l'état de conscience, l'humeur et les pensées de ceux

---

[1] MAXENCE, J-L., Op. Cit., p. 16.
[2] Ibidem.

qui les consomment. Elles comprennent des substances légales, comme le tabac et l'alcool ainsi que des produits illicites tels que le cannabis, les amphétamines, l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne, etc.

1.4. Stupéfiants

Selon le Petit Robert, un stupéfiant est défini comme étant :

> *« Toute substance toxique agissant sur le système nerveux, soit comme narcotique, soit comme euphorisant, et dont l'usage abusif provoque des perturbations graves, physiques et mentales et un état de dépendance et d'accoutumance ».*[1]

Les stupéfiants sont donc des substances qui influent sur l'état psychique et sur les fonctions intellectuelles de celui qui en fait l'usage, soit en stimulant, soit en ralentissant le fonctionnement du système nerveux central. Ce terme est souvent utilisé pour désigner spécialement les substances psycho-actives d'origine naturelle.

1.5. La dépendance

La dépendance c'est l'état qui résulte de la consommation régulière d'un produit quelconque. Le sujet dépendant n'est plus en mesure de pouvoir s'abstenir du produit habituellement consommé même si ce produit peut être nuisible à sa santé. Varenne corrobore notre point de vue en précisant que la dépendance se définit comme

> *« Un état qui résulte de l'absorption, périodiquement ou continuellement répété, d'une certaine drogue. Ses caractéristiques varient suivant les drogues ».*[2]

Ainsi, goûter à la drogue ne signifie pas qu'on devient automatiquement dépendant. La dépendance s'installe après une certaine période en faisant usage de la drogue. Comme les drogues ne sont pas les mêmes, n'ont pas les mêmes effets et la même « dangerosité » les dépendances ne sont pas non plus les mêmes. Par exemple, celle de l'héroïne est à la fois physique et psychique tandis que celle de la cocaïne n'est qu'exclusivement psychologique. Il existe deux types de dépendance : la dépendance psychique et la dépendance physique.

---

[1] ROBERT, P., Dictionnaire Petit Robert, Paris, Nouvelle édition, 1977, p. 1870.
[2] VARENNE, G., L'abus des drogues, Bruxelles I, Galerie des princes, 1971, p. 32.

1.5.1. La dépendance psychique

Selon DORON et POROT, la dépendance psychique est définie comme étant :

> *« Une dépendance psychologique correspondant au désir compulsif de reproduire l'expérience procurée par la prise du toxique dans la mesure où cette prise réduit un inconfort psychique et psychologique ».*[1]

A partir de cette définition, nous constatons que le sujet toxicomane a la soif ou l'engouement de continuer à prendre le produit pour retrouver les sensations agréables ou pour augmenter le tonus musculaire, la cessation de la consommation entraînant une sensation de malaise et d'angoisse de privation chez lui.

1.5.2. La dépendance physique

Selon l'OMS, une dépendance physique est un

> *« Etat adaptatif caractérisé par l'apparition de troubles physiques intenses lorsque l'administration de la drogue est suspendue ».*[2]

Sur ce, nous pouvons dire que la dépendance physique traduit le fait qu'après une exposition prolongée à des doses répétées, l'interruption de l'administration de la drogue fait apparaître des symptômes de sevrage telle que une sensation de malaise, d'inertie, de souffrance organique, de sueurs profuses, de frissons accompagnés de sensation de chaud et de froid, des diarrhées, nausées et vomissements, etc. C'est pourquoi l'interruption brusque des substances psycho-actives sans précautions médicales appropriées est déconseillée car elle peut déclencher des troubles réactionnels d'ordre psychophysiologiques graves comme ceux qui sont susmentionnés. Elle peut même être mortelle.

1.6. Sevrage

Le sevrage est l'action d'arrêter une substance ou un comportement ayant entraîné une dépendance. Cet arrêt peut se traduire par un « phénomène de rebond » (augmentation des symptômes déjà présents avant la dépendance). C'est pourquoi, une prise en charge psychothérapeutique est indispensable afin d'éviter les accidents du sevrage.

---

[1] DOROT, R., et POROT, F., Op. Cit. p. 186.
[2] O M S., Problèmes et programmes relatifs à la dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues dans 33 pays, Genève, OMS, 1974, p. 37.

1.7. Abstinence

L'abstinence est un renoncement volontaire et durable à la satisfaction d'un appétit ou d'une envie. Dans la plupart des cas, le terme désigne la suspension des rapports sexuels, d'alcool, du tabac voire d'un type de nourriture ou d'une pratique addictive. Cette pratique peut résulter d'interdits religieux, de considérations pratiques, philosophiques voire politiques.

Concernant les problèmes de drogues, l'abstinence est la cessation de toute consommation. Cette abstinence doit être totale et définitive pour éviter les reconsommations ainsi que l'élimination des problèmes liés à la dépendance.

1.8. Addiction

L'addiction est un état de besoin vis-à-vis d'une drogue ou d'une pratique (jeux, achats compulsifs, etc.) qui marginalise l'individu et le met en souffrance. L'addiction se rapproche de la dépendance, mais elle s'étend à d'autres domaines que l'usage de drogue. Elle provoque un manque, un besoin vis-à-vis d'une activité ou d'une substance. Les personnes ayant un comportement addictif agissent par besoin et voient dans ce comportement un moyen de se sentir mieux.

1.9. Réadaptation

Selon le dictionnaire encyclopédique de psychologie, la réadaptation est un

> *« Processus grâce auquel une personne, momentanément handicapée retrouve ses moyens et se réinsère progressivement dans son milieu familial, professionnel et social ».*[1]

Etant donné que le toxicomane, le mineur délinquant, le malade mental, l'infirme sensoriel ou moteur, etc. sont tous des inadaptés sociaux mais à des degrés divers, la réadaptation vise à fournir à chaque inadapté social les moyens de satisfaire les exigences sociales essentielles. Il est important de souligner que la réadaptation est une action psychosociale complexe qui ne vise plus seulement à rendre au malade sa capacité de travail, mais aussi à lui permettre de retrouver son équilibre.

---

[1] LAROUSSE, Dictionnaire Encyclopédique de psychologie, Paris, Editions Larousse, 1991, p. 1002.

1.10. Réhabilitation

Selon l'OMS (1974), la réhabilitation est

> *« L'ensemble des activités assurant aux patients les conditions physiques, mentales et sociales optimales pour occuper par leurs moyens propres une place aussi normale que possible dans la société ».*[1]

Dans cette logique, la réhabilitation permet à l'individu d'être en relations positives avec lui-même, d'avoir l'autonomie, un état d'équilibre, l'accès aux émotions et à l'expression adaptée à la réalité ambiante sans oublier des relations satisfaisantes avec autrui. En un mot, la réhabilitation permet à l'individu malade de retrouver sa bonne santé mentale.

1.11. La pharmacodépendance

Selon Varenne, la pharmacodépendance est :

> *« Un état psychique et quelquefois 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. Un même individu peut être dépendant de plusieurs médicaments ».*[2]

La dépendance ainsi définie met en évidence la nature chimique de la substance et le psychisme du consommateur. En effet, toutes les substances psycho-actives ne provoquent pas une sensation de bien-être, certaines d'entre elles n'auront par conséquent pas d'action toxicomanogène et n'engendrent pas un état de dépendance. Une drogue susceptible de rendre un individu pharmacodépendant ne le fera réellement que si elle rencontre un hôte « reconnaissant ». Il doit donc y avoir coïncidence ou interférence favorable entre les propriétés du germe et du terrain pour qu'une pharmacodépendance puisse se développer.

---

[1] http: fr. Wikipedia. Org/Wiki/Réhabilitation_(Santé) 10/04/2009 à 10h23
[2] VARENNE, G., Op. Cit. p. 32.

1.12. La désintoxication

D'une façon générale, la désintoxication est une action par laquelle l'organisme se débarrasse ou est débarrassé des toxiques qu'il a consommés.

La désintoxication est synonyme de sevrage. Pour le comité des experts de l'OMS :

> *« 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 ».*[1]

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 de sevrage brutal.

1.13. Réinsertion

La réinsertion est l'action d'insérer de nouveau quelqu'un dans la société ou dans un groupe. Il s'agit de réinsérer le toxicomane dans la société. La réinsertion sociale est donc une intervention sociale visant à insérer des usagers de drogue à problème, anciens ou actuels, dans la communauté. La réinsertion d'un toxicomane est quelque chose de très difficile car le toxicomane a généralement arrêté de travailler il y a longtemps et qu'il s'est désolidarisé de sa famille.

1.14. La prise en charge

Le concept de « prise en charge » est un concept couramment utilisé mais d'une façon vague et touchant différents domaines interagissant entre eux.

Ainsi, on entend dire qu'on réalise une prise en charge médicale, psychosociale, thérapeutique dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation sociale des personnes en difficultés.

BARAMPAMA définit la notion de prise en charge de la manière suivante:

> *« Généralement, la notion de « prise en charge » indique toutes les activités ou actes réalisés ou posés essentiellement dans le but d'aider une personne ou un groupe de*

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

personnes nécessitant une aide d'autrui pour dépasser une situation de difficultés et aller vers une promotion. C'est le cas par exemple, des enfants orphelins, des enfants de la rue, des personnes handicapées physiquement ou mentalement comme les sidatiques, les malades mentaux, les toxicomanes, etc. ».[1]

A partir de ces propos, nous pouvons dire que la notion de prise en charge consiste à aider moralement et matériellement une personne ou un groupe de personnes en situation de détresse. Le but ultime de la prise en charge est d'amener le (s) concerné (s) à mieux comprendre ce qui lui ou leur est arrivé sans panique ni désespoir.

Dans le cadre de notre travail sur la prise en charge médicopsychosociale des toxicomanes, nous considérons la « prise en charge » comme une sorte d'assistance totale dispensée à l'individu toxicomane par le personnel soignant.

1.14.1. La prise en charge médicale

La prise en charge médicale se définit comme une intervention préventive ou curative des maladies physiologiques internes ou externes. Elle est assurée par un médecin, un psychiatre, un infirmier ou une infirmière. Elle se fait souvent en milieu hospitalier. A ce propos, HATUNGIMANA nous fait savoir que :

« La finalité de l'hôpital est de soigner le malade en soulageant la souffrance et si possible de lui rendre la santé, d'assurer la prévention des maladies sous toutes leurs formes ».[2]

En effet, pour les patients toxicomanes, la prise en charge médicale entre en action dès la fin du sevrage. On essaie d'atténuer les souffrances dues au sevrage par des médicaments ou autre solution très controversée. Le toxicomane essaie progressivement de réduire les doses grâce à des substituants fournis (exemple : la méthadone) et on arrive ainsi à diminuer sensiblement les souffrances.

---

[1] BARAMPAMA, M., Etude de la prise en charge du malade mental par sa famille, Mémoire inédit, Bujumbura, UB, FPSE, 1998, p. 77.

[2] HATUNGIMANA, I., Etude du système d'accompagnement et d'assistance des malades dans le processus de guérison, Mémoire inédit, Bujumbura, UB, FPSE, 1992, p. 30.

1.14.2. La prise en charge psychosociale

Pour NGENDAKUMANA et NDUWARUGIRA, la prise en charge psychosociale se définit comme suit :

> *« Il s'agit d'une relation professionnelle dans laquelle une personne est assistée pour son ajustement personnel à une situation à laquelle elle ne s'adaptait pas normalement. Ceci suppose que l'aidant est capable de comprendre le problème dans les termes où il se pose pour tel individu singulier dans son existence particulière ».*[1]

Il s'agit d'une relation professionnelle dans ce sens que l'intervenant ou l'assistant psychosocial ne fait que son travail d'aider son client à se débarrasser de ses problèmes. Le travail de l'aidant consiste donc à réhabiliter la personne en difficultés et à lui assurer une meilleure réadaptation.

En effet, pour les patients toxicomanes, cette prise en charge consiste en une évaluation des troubles psychiatriques et/ou psychologiques, un accompagnement, un soutien psychologique.... . Ce suivi permet de dépister précocement une accentuation des traits de caractère, un syndrome dépressif, des troubles délirants et psychotiques.

La prise en charge psychosociale permet au client à apprendre à se prendre en charge lui-même grâce à une relation dynamique avec l'aidant. Elle offre ainsi l'occasion de donner l'information au client l'aidant à mieux comprendre la nature de son problème et de lui faire comprendre l'importance d'un changement de comportement négatif. Il est utile de faire participer la famille ou l'entourage proche à cette prise en charge en l'informant sur la maladie, sur le traitement et ses contraintes.

1.15. Conclusion du chapitre

Nous venons de présenter le sens que nous accordons aux concepts clés utilisés dans notre travail afin que notre étude soit compréhensible. Toutefois, nous ne pensons pas avoir épuisé tous les concepts relatifs à la toxicomanie car la toxicomanie est un phénomène complexe voire compliqué qui ne se laisse pas saisir aisément. Ainsi, le chapitre suivant va nous aider à comprendre quelques considérations sur la toxicomanie.

---

[1] NGENDAKUMANA, I., et NDUWARUGIRA, C., Guide de prise en charge psychosociale des séropositifs asymptomatiques et des malade du Sida, Bujumbura, PNLS/MST, 1991, p. 17.

CHAPITRE II : QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LA TOXICOMANIE

Nous avons consacré le présent chapitre à la mise en évidence des facteurs à la base de la consommation de la drogue et la classification des différentes drogues et de leurs effets et surtout du contexte dans lequel ces substances sont consommées. Ainsi, quelles sont les raisons qui poussent les gens à faire usage des drogues? A ce propos, nous nous sommes posé un certain nombre de questions comme celles qui sont présentées ci-après. Le milieu social pourrait-il être une cause de ces abus de consommation des drogues? L'adolescence et les changements qui y surviennent peuvent-ils expliquer en partie l'utilisation des substances psycho-actives? Quand l'usager devient-il toxicomane? Quels sont les troubles psychiatriques associés à la toxicomanie? Avant d'entrer dans le vif du sujet faisons remarquer qu'il est difficile de savoir comment on devient toxicomane.

2.1. Comment devient-on toxicomane ?

L'être humain est un être doté d'une faculté de curiosité qui se manifeste dès la petite enfance pour s'accentuer à l'adolescence. A cette période, l'adolescent (e) ressent la soif de tout connaître et de goûter à tout. C'est à cette phase de la vie que bien de gens fument leur première cigarette, connaissent leur première ivresse, leurs premiers amours et leurs premières relations sexuelles. Pour des raisons diverses, ils peuvent s'arrêter au stade d'expérimentation ou continuer d'en abuser. Bon nombre de toxicomanes se sont laissés prendre à cette période de curiosité, d'essai, d'expérimentation et de mimétisme.

En effet, il est difficile de savoir comment tel individu est devenu toxicomane car il existe plusieurs portes d'entrée dans la toxicomanie. Celle-ci est le résultat d'une interaction complexe de plusieurs facteurs. Donner alors une réponse univoque à cette interrogation serait difficile. Précisons que le fait de consommer de la drogue n'est pas synonyme de toxicomanie ou d'addiction car la toxicomanie ne s'installe pas automatiquement quand l'organisme humain est en contact direct avec une drogue peu importe sa composante chimique. La toxicomanie s'infiltre progressivement sans que le consommateur puisse s'en rendre compte. C'est après plusieurs mois de prises répétitives que l'usager en devienne dépendant. Comme Varenne le précise :

> *« La répétition de la prise de drogues est un facteur puissant dans le renforcement de la dépendance psychique ; il y a en effet, dans le développement de celle-ci, un aspect de conditionnement du comportement que l'on ne peut ignorer: la répétition*

continuelle d'un même geste crée finalement un tel automatisme que l'on agit sans plus réfléchir, de façon de moins en moins raisonnée...et raisonnable ».[1]

A cette phase, le sujet n'est plus en mesure d'arrêter les prises. L'usager retrouve la force et la paix intérieure après avoir consommé la drogue. Il met toute confiance en cette drogue. Varenne corrobore ce point de vue en disant que :

« Toute toxicomanie débute par une période de dépendance psychique, les doses augmentent, la tolérance s'installe et atteint, à un moment donné, un tel degré que l'organisme est devenu physiquement dépendant de la drogue et que la suppression de celle-ci déclenche une réaction somatique typique, le syndrome de sevrage ».[2]

L'organisme ayant développé une certaine tolérance à la drogue, le consommateur est obligé d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets. Le manque de drogue entraîne des perturbations psychophysiologiques. Ainsi, le toxicomane doit toujours être en possession de la drogue ou d'un produit de même type ayant une action pharmacologique analogue sans quoi il survient des symptômes de manque susceptibles de provoquer des dommages physiques, psychologiques et sociaux pour le consommateur et pour son environnement social.

La survenue de symptômes plus ou moins graves ou importants voire mortels en cas d'interruption momentanée et brutale de la consommation du produit consommé habituellement fait peur au consommateur. Ce dernier, pour arrêter ces troubles, use de tous les moyens licites ou illicites, délictueux ou non pour se procurer à tout prix de la drogue. Aussitôt la consommation reprise, on voit la cessation des troubles et le patient toxicomane redevient « normal ».

En somme, le stade de toxicomanie est atteint quand on peut raisonnablement conclure à l'existence de cette dépendance physique. Notons que la toxicomanie ne se limite pas seulement à un simple processus d'intoxication de l'organisme par une substance nocive. Elle concerne aussi les diverses motivations qui conduisent à l'usage de la drogue et qu'il ya lieu de rechercher tant dans l'analyse de la dynamique personnelle du sujet que dans ses relations avec les autres et son environnement. Cela nous conduit à passer en revue les facteurs qui sont quasi constants dans les recherches déjà effectuées.

---

[1] VARENNE, G., Op. Cit. p. 55.
[2] VARENNE, G., Op. Cit. p. 25.

2.2. Les facteurs de la toxicomanie

La toxicomanie est souvent perçue comme un phénomène mystérieux sur lequel on a peu de connaissances. Comment expliquer que des personnes en viennent à développer une dépendance à l'alcool et aux drogues illicites au point de compromettre leur santé, leur vie professionnelle, leurs relations avec ceux qui les entourent ?

Pour répondre à cette interrogation, nous allons analyser successivement quatre facteurs qui sont à la base de la consommation des drogues à savoir ceux liés à l'individu, au milieu familial, au milieu social et au produit.

2.2.1. Les facteurs individuels

Tout au long de ce point, nous avons mis l'accent sur la recherche d'identité de l'adolescent. En effet, l'adolescence est une période où le jeune immature traverse une crise d'identité. Il cherche à quitter le monde des enfants pour s'insérer dans celui des adultes qui, souvent, n'est pas disposé à l'accueillir. Ce refus d'adhésion l'entraîne souvent à afficher des troubles du comportement tels que l'opposition, le refus de l'autorité parentale, le déni de la réalité, etc. Ainsi, l'adolescent peut utiliser la drogue comme moyen de transgression de la loi. De plus, la plupart des adolescents aiment prendre des risques et s'adonner aux activités dangereuses. C'est dans ce contexte que l'expérience d'usage de drogue peut avoir lieu.

En effet, bon nombre d'auteurs soulignent qu'il existe un lien entre l'âge et l'usage de la drogue. E.SIMBANANIYE nous fait savoir que :

> *« L'usage de drogue affecte essentiellement les jeunes et les adultes jeunes. Cela peut se justifier dans une certaine mesure car la jeunesse est une période d'expérimentation incluant l'expérience de la drogue. La première consommation de cannabis peut autant constituer un rite initiatique que la première expérience sexuelle ».*[1]

Beaucoup de jeunes prennent des drogues pour expérimenter les effets de la drogue sur l'activité du système nerveux. Il est vraisemblable qu'ils continueront en raison des effets agréables de la drogue ou par peur du sevrage. Ils sont en fait psychologiquement dépendants des drogues et de leurs effets. Bien que l'âge joue un rôle non négligeable dans la

[1] SIMBANANIYE, E., Contribution à l'étude du phénomène de la drogue au Burundi, Mémoire inédit, Bujumbura, UB, FPSE, 1998, p. 110.

toxicomanie, il existe d'autres facteurs individuels qui peuvent intervenir à savoir le stress, l'isolement, la souffrance psychologique, les problèmes de santé mentale, la maladie ou le handicap physique. Aussi, il ya ceux qui prennent des drogues parce qu'ils éprouvent des difficultés à gérer leurs émotions. Dans cette situation, la drogue intervient pour réguler leurs émotions. D'autres en prennent pour atténuer leurs inhibitions et avoir plus de facilité à parler ou à exprimer ce qu'ils ressentent. La toxicomanie débute avec la curiosité, la recherche du plaisir, la fuite des problèmes personnels, relationnels, affectifs, de difficultés avec les parents.

2.2.2. Les facteurs familiaux

La famille est le milieu dans lequel l'enfant naît, grandit et reçoit l'éducation de base. Sa personnalité se construit à travers le modelage parental et fraternel. En effet, les premières années de la vie de l'enfant jouent un rôle vital dans le développement harmonieux de sa personnalité. Selon Freud, la prime enfance est influente sur la vie entière de l'individu. Si l'enfant naît et grandit dans une famille à structure trop rigide ou trop souple c'est-à-dire où le niveau d'autorité est excessif ou l'absence totale d'autorité prévaut, l'enfant aura inévitablement des problèmes au cours de sa vie. Signalons que la communication vraie entre parent-enfant et l'apprentissage des limites occupe une place de choix dans le développement de l'enfant. L'apprentissage des limites est essentiel car il nous apprend le respect de nous-mêmes et celui des autres. Les limites demandent à être justifiées et expliquées pour ne pas sombrer dans un autoritarisme aveugle tout aussi nocif que la permissivité. La plupart des adolescents qui font usage régulier des drogues ont une personnalité mal bâtie suite à leur enfance maltraitée, ils souffrent d'une carence affective.

Parmi les facteurs qui contribuent à leur déséquilibre, on remarque, selon les différentes recherches, l'alcoolisme dans la famille, l'inconsistance des modèles et des normes proposées par les parents, la pauvreté, la violence, le niveau d'autorité excessive ou l'absence totale d'autorité, la famille désunie vivant dans un climat de tension, la communication difficile ou inexistante, les violences conjugales etc. En effet, Jacques LEMAIRE fait remarquer que :

> *« Certains jeunes dont le milieu parental a été dénué d'une efficacité d'équilibre, voire de sécurité, peuvent alors trouver dans la drogue, soit un moyen de rêve ou d'oubli vis-à-vis de l'attitude apparemment coercitive de leur environnement, soit un*

biais qui leur permet de rétablir la primauté de son individu en faisant passer sa définition de bonheur par un bien-être personnel ».[1]

Une telle manifestation de rêve ou d'oubli peut se rencontrer dans toutes les familles où l'écoute parentale, source de maturité affective a été remplacée par un désintérêt. La fuite dans le monde de la toxicomanie correspond alors chez ces êtres humains psychologiquement carencés à un moyen d'assurer une certaine personnalité.

Au Burundi, ces causes sont aussi à la base de la consommation des drogues. Dans son étude déjà citée E.SIMBANANIYE écrit :

« Les difficultés familiales complexes telles que : les conflits familiaux, le milieu familial démuni, le milieu familial très aisé mais non affectueux, les enfants élevés par un parent seul, les maladies mentales chroniques du sujet comme les dépressions, les antécédents psychiatriques familiaux comme la toxicomanie, l'alcoolisme, d'autres troubles mentaux dans la fratrie ou au niveau du couple parental ».[2]

Ceci étant, personne ne peut nier le rôle primordial joué par la famille dans la survenue de la toxicomanie. Il est indispensable de noter qu'il n'existe pas une cause unique expliquant ce phénomène complexe. L'étude des facteurs sociaux peut contribuer aussi à la compréhension de ce phénomène.

2.2.3. Les facteurs sociaux

Certains sociologues constatent que moins on est intégré dans la société, plus facilement on devient toxicomane. La toxicomanie serait alors la seule façon de se réconcilier avec la société de consommation ou du moins de se rapprocher d'elle de façon agressive ou superficielle. La mode, l'imitation des autres sont aussi des raisons souvent invoquées pour expliquer l'origine de la toxicomanie. Ainsi, la prise des drogues commence généralement de manière très simple lorsqu'un adolescent ou un adulte, d'ordinaire un ami ou quelqu'un que l'enfant connaît ou accepte, offre de la drogue.

En effet, la pression du groupe peut contribuer dans la prise des drogues. D'après le docteur Francis CURTET, il arrive à un âge où, pour l'enfant, les copains et la bande deviennent la priorité absolue. S'il se trouve que, dans ce groupe, l'examen de passage consiste en la prise

---

[1] LEMAIRE, J., La drogue, Bruxelles, Ed. de l'Université de Bruxelles, 1993, p. 42.
[2] SIMBANANIYE, E., Op. Cit, p. 206.

d'une drogue, il faut une sacrée force de caractère pour y résister. L'éducation qu'a reçue l'enfant, et notamment tout ce qui peut développer son sens critique et l'élaboration de choix individuels, peut l'aider à tenir bon. Mais, dans la majorité des cas, il risque de céder à la pression pour ne pas courir le danger de se faire exclure de la bande. MUSAFIRI corrobore ce point de vue en ces termes :

> *« L'adhésion à un groupe ou l'appartenance à une organisation collective oblige le jeune à dépendre de soi-même pour servir uniquement les intérêts du groupe ».*[1]

L'adhérant doit accepter les règles régissant le groupe ou la bande et accepter de les respecter avant d'être un membre effectif. Dans certaines bandes des délinquants, l'usage de drogues atteste que l'on fait partie du groupe.

L'explosion démographique amplifie et aggrave la fragilité de la vie en société. En effet, l'accroissement démographique déclenche la promiscuité. Cette situation où les gens sont serrés les uns contre les autres est à l'origine de la misère, des maladies transmissibles, tenant à des logements insalubres et surpeuplés avec un état hygiénique déplorable. De nombreux problèmes sociaux notamment la prostitution, la délinquance, etc. s'y font sentir. Ces conditions de vie en société entraînent la diminution des relations humaines, la misère, la perte des valeurs sociales et le dégoût de vivre. Pour oublier ou fuir leurs problèmes existentiels pas mal de gens prennent des drogues légales ou illégales. L'accès facile à la drogue joue un rôle pathogène fondamental dans le domaine de la toxicomanie. D'après, Jacques LEMAIRE :

> *« Il n'y a des consommateurs que parce qu'il existe un commerce des produits utilisés ».*[2]

La disponibilité de ces produits fascinants grâce aux effets agréables qu'ils procurent entraîne un nombre croissant des adolescents à en faire usage. Les succès de ce commerce sont dépendants des problèmes engendrés par notre société.

Selon les différentes recherches déjà effectuées, la consommation dans le cercle d'amis, les échecs, l'absentéisme et le décrochage scolaire, le manque de reconnaissance et de satisfaction dans les rapports avec autrui, les conditions de travail difficiles, la publicité

---

[1] MUSAFIRI, L., Etude de quelques facteurs motivationnels à la base de la consommation de la drogue, Mémoire, Bujumbura, UB, FPSE, 1993, p. 130.

[2] LEMAIRE, J., Op. Cit, p. 40.

incitative, la grande accessibilité et les nombreuses occasions de consommer sont les facteurs d'émergence reliés au milieu social.

2.2.4. Les facteurs liés au produit

Il serait naïf de laisser croire que seules les causes individuelles, familiales, relationnelles et sociales peuvent conduire à la toxicomanie. Rarement, il peut se produire que ce soit uniquement le produit qui soit la cause en raison de l'effet de la dépendance physique qu'il comporte. Cela peut arriver avec le crack avant tout (deux ou trois prises suffisent pour être accroché), mais aussi avec l'héroïne, les opiacés naturels ou synthétiques, l'alcool, les médicaments et, à un moindre degré, la cocaïne.

Toutefois, bien qu'il existe des produits qui occasionnent une dépendance physique après peu de jours de prise, les composantes psychiques de l'usager sont prédisposées à se laisser faire. Pour Varenne :

> *« Pour qu'une bonne pousse se développe, il lui faut non seulement un sol fertile mais également une graine pleine de vitalité ; même chez un individu plus ou moins prédisposé à réagir par un état d'accoutumance à une drogue, il faudra que celle-ci procure l'effet désiré ; elle devra influencer agréablement son psychisme ».*[1]

Ainsi, l'installation de la dépendance physique est le résultat d'interaction entre la propriété pharmacologique du produit et la composante psychique. Cela nous donne l'idée de faire la classification des différentes drogues selon leurs effets psychiques ou psychophysiologiques.

2.3. Classification des drogues

La classification des drogues est difficile à réaliser. Plusieurs classifications ont été proposées depuis à peu près un siècle. La classification des drogues est multiforme, elle diffère d'après leur origine, la sévérité de la dépendance, leurs effets psychiques ou psychophysiologiques, etc. Compte tenu de l'objectif de notre travail, nous avons opté pour la classification des drogues qui prend en compte leur action sur le système nerveux central de l'homme et par conséquent sur le comportement humain. Cette classification distingue :

Les dépresseurs de l'activité du système nerveux central ;

Les perturbateurs de l'activité du système nerveux central ;

[1] VARENNE, G., Op.Cit, p. 37.

Les stimulants de l'activité du système nerveux central ;

2.3.1. Les dépresseurs de l'activité du système nerveux central

Il s'agit des drogues qui ralentissent les fonctions psychiques d'un individu en diminuant le niveau d'éveil et l'activité générale du cerveau. Utilisées à faible dose, elles procurent une sensation de détente et abaissent l'anxiété. A forte dose, elles peuvent causer la mort. Dans cette catégorie, on retrouvera les produits suivants : l'alcool, les barbituriques, la codéine, l'héroïne, la méthadone, la morphine, l'opium, etc.

2.3.2. Les perturbateurs de l'activité du système nerveux central

Il s'agit des drogues dont les effets perturbent le fonctionnement des mécanismes cérébraux, provoquant ainsi un bouleversement dans l'interprétation des perceptions sensorielles et dans l'activité des facultés intellectuelles. Cet état se caractérise par des illusions, des hallucinations et une dépersonnalisation. Dans cette catégorie, on trouvera le cannabis, le haschich, les inhalants (colle, essence, solvant), le LSD, la mescaline, etc.

2.3.3. Les stimulants de l'activité du système nerveux central

Il s'agit des drogues qui stimulent le système nerveux central en augmentant le niveau d'éveil et d'excitation. Ces drogues diminuent sensiblement la fatigue. Elles provoquent aussi une sensation d'assurance et de contrôle de soi ainsi qu'une sensation d'euphorie et de bien-être. On trouvera dans cette catégorie : le tabac, l'ecstasy, la cocaïne, le crack, les médicaments stimulants et les produits dopants. Ces produits conduisent fréquemment à la dépendance psychique et peuvent induire, à forte dose, des conséquences psychiatriques graves : paranoïa, dépression majeure, fatigue généralisée, psychose,etc.

La classification précédente est loin d'être exhaustive face à la multiplicité des drogues. Elle nous montre l'action des drogues sur le psychisme de l'usager. Quoi qu'il en soit, l'utilisation des drogues à forte dose occasionne des troubles psychiatriques voire la mort. Ainsi, il s'avère nécessaire d'élucider les troubles psychiatriques associés à la toxicomanie.

2.4. Les troubles psychiatriques associés à la toxicomanie

La consommation régulière de drogues et en particulier d'opiacés entraîne par des processus divers une dégradation de l'état général (amaigrissement, détérioration de la dentition, etc.).

En effet, les troubles corporels sont plus rarement pris en compte que les troubles psychiatriques. Ainsi, comme l'explique Varenne

> *« Le véritable danger de l'abus chronique du stupéfiant n'est pas tellement d'ordre corporel ou somatique mais bien plutôt d'ordre psychique, la dépendance tyrannique de la drogue enlevant tout véritable sens à la vie de ces individus ; la déchéance est morale bien plus que physique ».*[1]

Toutefois, la balance entre ces deux aspects varie d'après le genre de la substance mais aussi d'après la résistance propre des tissus organiques individuels. Les pathologies affectant la santé mentale des usagers de drogues sont complexes, hormis l'alcool responsable du délirium tremens, il n'existe pas de troubles psychiatriques propres à telle substance psycho-active ou à telle autre.

Certaines études ont montré que les troubles consécutifs à la prise des drogues sont notamment les troubles de l'humeur, les troubles du sommeil, l'agressivité, la violence, les troubles des conduites alimentaires, les troubles de la vigilance, les altérations des fonctions intellectuelles, etc. Selon France L. et ses collaborateurs,

> *« Il est admis depuis longtemps que l'incidence des manifestations 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 de troubles de la personnalité de type psychopathique chez ces sujets ».*[2]

En effet, toutes les substances psycho-actives peuvent favoriser la survenue ou la gravité de différents symptômes psychiatriques. Notons à toutes fins utiles qu'il n'existe pas de troubles de la personnalité spécifiques ou prédictifs de la toxicomanie.

Néanmoins, beaucoup de travaux s'accordent pour souligner l'incidence élevée des troubles de la personnalité parmi les sujets dépendants de substances psycho-actives. La personnalité psychopathique est celle qui apparaît la plus fréquente mais aussi la fréquence des personnalités névrotiques et dans une moindre mesure l'existence de personnalités psychotiques. Ainsi, les psychiatres distinguent trois groupes de sujets toxicomanes: les toxicomanes psychopathes, les toxicomanes névrotiques et les toxicomanes psychotiques.

---

[1] VARENNE, G., Op. Cit, p. 55.
[2] LERT, F., et al., La toxicomanie : vers une évaluation de ses traitements, Paris, INSERM, 1989, p. 92.

2.4.1. Les toxicomanes psychopathes

La psychopathie est un processus déviant du développement qui se traduit par un trouble fonctionnel de la personnalité caractérisé notamment par un excès d'agressivité pulsionnelle et une incapacité à nouer des relations d'objet. La psychopathie est en effet pour N.SILLAMY,

> *« Un état mental pathologique qui s'applique surtout aux déviations caractérielles (l'affectivité, l'émotivité) entraînant des conduites antisociales ».*[1]

Cette structure psychologique se caractérise par une grande instabilité du comportement, une impulsivité ou une facilité du passage à l'acte, une inadaptation au monde social. D'après les études faites, ces sujets toxicomanes psychopathes sont les plus nombreux et les plus typiques. Pour T. NKESHIMANA,

> *« 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 ».*[2]

Bien que les psychopathes et les toxicomanes soient tous des inadaptés sociaux, on peut être psychopathe sans pour autant être toxicomane. En effet, le toxicomane est un être humain dont le développement affectif a été interrompu. Pour M .CHAMI, ce point de vue semble être vrai,

> *« Puisque toutes les études faites sur le sujet confirment l'absence de maturité des individus traités et la fragilité de leur personnalité. Tout ce qui se passe entre la mère et son enfant, détermine le devenir de ce dernier ».*[3]

Cette hypothèse est à accepter avec réserve car tous ceux qui ont connu des problèmes dans leur petite enfance, qui ont été carencés sur le plan affectif, abandonnés, battus, ne deviennent pas forcément toxicomanes. La toxicomanie est multifactorielle. Ainsi, le manque de maturité ne serait pas la seule cause qui expliquerait la conduite toxicomaniaque.

---

[1] SILLAMY, N., Dictionnaire de psychologie, Paris, Bordas, 1980, p. 18.
[2] NKESHIMANA, T., Op. Cit, p. 50.
[3] CHAMI, M., Toxicomanies et interventions sociales cité par NDIMUBANDI A., in Analyse de la toxicomanie en milieu pénitentiaire, Mémoire inédit, Bujumbura, UB, FPSE, 2001, p. 50.

2.4.2. Les toxicomanes névrotiques

La névrose est un trouble mental se caractérisant par des troubles du comportement dont le malade est conscient mais qu'il ne peut dominer. Elle se traduit par l'angoisse, les obsessions, les phobies, l'hystérie mais le malade garde ses fonctions mentales intactes.

Le sujet névrosé est toujours dérangé par un conflit intérieur inconscient qu'il ne parvient pas à dominer car il ne connaît pas la cause de son mal-être. Pour C.OLIEVENSTEIN,

> *« La névrose toxicomaniaque résulte de la rencontre d'une organisation névrotique de la personnalité avec une substance engendrant la toxicomanie ».*[1]

La conduite toxicomaniaque apparaît lorsque l'organisation de la personnalité d'un individu est transformée par la rencontre d'une substance toxique. Les toxicomanes névrotiques présentent à la fois des traits anxieux, hystériques mais rarement des traits phobiques et obsessionnels.

2.4.3. Les toxicomanes psychotiques

La psychose est une maladie mentale grave qui touche le cerveau caractérisée par la perte du contact avec le réel. Cette maladie change considérablement chez le malade sa façon de penser ou de se comporter, ses croyances et ses perceptions. Contrairement à la névrose, la psychose altère gravement la personnalité du patient : A ce propos, N. SILLAMY nous fait savoir que la psychose est une :

> *« Maladie mentale caractérisée par une atteinte profonde de la personnalité se manifestant, notamment, par des troubles de la sphère cognitive (perception, jugement, raisonnement) et de l'affectivité (humeur, émotions). (...) aujourd'hui, elle ne s'applique plus qu'aux troubles affectant l'ensemble de la personnalité. Dans la psychose, contrairement à ce qui se passe dans la névrose, le sujet n'a pas conscience de la morbidité de son psychisme et ne peut plus s'adapter à la vie sociale (en ce sens, il est alienus « étranger ») et à la réalité, en général.(...) souvent, la maladie mentale perturbe à un tel point la vie personnelle, familiale et professionnelle du patient que l'hospitalisation de celui-ci dans un établissement psychiatrique est nécessaire ».*[2]

---

[1] OLIEVENSTEIN, C., La drogue Cité par NKESHIMANA, T., Op. Cit, p. 49.
[2] SILLAMY, N., Op. Cit, p. 976.

L'origine de la psychose est difficile à établir car elle peut être associée à la dépression, à la toxicomanie, etc. Au cas où elle serait associée à la toxicomanie, le traitement des toxicomanes psychotiques donnerait du fil à retordre aux thérapeutes dans la mesure où le thérapeute ne saurait pas réellement si la psychose était préexistante à la toxicomanie ou si c'est la drogue qui aurait déclenché la survenue de la psychose ou encore si c'est le malade psychotique qui aurait fait recours à la drogue pour fuir ses angoisses ou son délire. Pour M. HANUS,

> *« 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 des perturbations de la personnalité ».*[1]

Les toxicomanes psychotiques ne sont pas de vrais toxicomanes dans ce sens que pour être taxé de toxicomane on doit faire usage régulier des substances psycho-actives et être dépendant de ces dernières. Le toxicomane psychotique malgré son usage occasionnel, se comporte comme un vrai toxicomane.

Faisons remarquer qu'il n'existe pas une personnalité spécifique à la toxicomanie mais des conduites toxicomaniaques qui s'intègrent dans un contexte psychopathique, névrotique et psychotique.

2.5. Conclusion du chapitre

En résumé, la toxicomanie débute avec la recherche du plaisir et l'envie de s'éloigner du quotidien. Dans la consommation de la drogue, il y a la fuite des problèmes existentiels. La dépendance aux drogues est un phénomène complexe ayant des facettes à la fois biologiques, psychologiques et sociales. A coté de ces facteurs qui facilitent l'installation de la toxicomanie, il y a les facteurs liés aux produits qui font le lit de la toxicomanie.

Quant à la classification des différentes drogues, nous avons constaté que les drogues ne sont pas les mêmes, n'ont pas les mêmes effets et la même dangerosité sur le corps et l'esprit de l'usager. A forte dose, ces substances psycho-actives peuvent occasionner la mort.

En effet, les gens qui font usage abusif des drogues courent le risque de développer des problèmes graves de santé. Plus les gens consomment ces substances, plus ils sont exposés

---

[1] HANUS, M., Psychiatrie intégrée de l'étudiant, Paris, Librairie Maloine, 1975, p. 88.

aux problèmes de santé physique, mentale et sociale. Il semble que certains présentent une fragilité particulière qui va les conduire à la drogue.

La prise en compte des aspects pharmacologiques de l'abus de substances psycho-actives, en même temps que de ses dimensions psychologiques et sociales ainsi que les troubles associés à la toxicomanie, est indispensable pour clarifier la prise en charge des patients toxicomanes. C'est pour cela que la prise en charge des toxicodépendants va faire l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE III : LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

La prise en charge des toxicomanes implique la prescription des médicaments de substitution représentés par la méthadone et la buprénorphine. Elle implique aussi un appui psychosocial. En effet, ces traitements s'intègrent dans le cadre d'une stratégie thérapeutique d'ensemble de la dépendance visant à terme le sevrage. En quelque sorte, l'approche thérapeutique sera basée sur une vision globale de l'être humain, prenant en compte les dimensions biologique, psychologique et sociale.

3.1. La prise en charge médicale

La prise en charge médicale intervient pour prévenir les dommages créés par la toxicomanie et pour soigner les maladies associées à la toxicomanie comme le Sida, les blessures et les plaies issues des agressions physiques, les troubles psychiatriques associés à la toxicomanie, etc. Les soins seront assurés, soit par le médecin, soit par le psychiatre, soit par les infirmiers (ères), soit par tout le personnel soignant de l'hôpital ou d'un centre spécialisé. Selon l'OMS,

> *« Dans la prise en charge de la comorbidité psychiatrique, il est nécessaire de procéder à une anamnèse clinique soigneuse et détaillée et à un examen de l'état mental. On sera attentif aux complications sociales et physiques qui peuvent par elles-mêmes provoquer ou compliquer des troubles psychiatriques associés ».*[1]

Ainsi donc, le psychiatre après avoir écouté attentivement ce que le patient raconte à propos de son vécu et de l'évolution de sa maladie, il diagnostique la maladie et prescrit des médicaments qui peuvent soulager son client ou le guérir complètement si la dépendance n'est pas très accentuée.

Les examens physiques et psychiatriques devront être s'appuyés par des analyses de laboratoire. Il est donc souhaitable de disposer d'installations de laboratoire pour les tests simples de recherche de drogue dans les urines ou dans le sang. Le traitement de la comorbidité psychiatrique consiste en grande partie en une intervention pharmacologique pour les troubles psychotiques et autres affections psychiatriques.

---

[1] OMS, Programme de lutte contre les toxicomanies : Evaluation de la qualité des soins dans le traitement des toxicomanies, Genève, 1993, p. 7.

Concernant les interventions pharmacologiques, l'OMS nous fait savoir qu'

> *« Une des solutions est représentée par les substances ou les méthodes qui modifient d'une façon ou d'une autre l'action de la substance sur l'organisme et qui diminuent les aspects positifs de l'usage de substance ou qui rendent leur usage déplaisant ».*[1]

Le traitement par aversion se montre efficace pour soigner les toxicodépendants aux opiacés et à l'alcool. La nalaxone, la naltrexone et le disulfirame sont des médicaments qui peuvent être utilisés pour diminuer l'effet de récompense apporté par ces toxiques ou pour rendre désagréable leur consommation.

Une autre possibilité de traitement pharmacologique consiste à utiliser des substances qui miment certains des effets des substances psycho-actives sans en avoir les effets dommageables. C'est ce qui est appelé traitement de substitution. La prise en charge médicale entre enfin en action dès la fin du sevrage physique car le sevrage est la première étape d'une thérapie prometteuse.

3.1.1. Cure de désintoxication

Une cure de désintoxication est un processus permettant de ramener les problèmes liés à la toxicomanie à un minimum acceptable vis-à-vis des conséquences néfastes sur la vie quotidienne. Pour arrêter de fumer ou renoncer à consommer les substances psycho-actives, il faut que l'usager soit averti des conséquences positives de ce renoncement telles que l'amélioration de sa situation économique, le surcroît d'énergie, le sentiment de réussite, la liberté retrouvée avec la disparition de la dépendance pour la meilleure maîtrise de sa vie et la bonne santé. La cure de désintoxication est souvent la première étape d'un processus permettant à l'individu de vivre sans drogue. Autrement dit, elle vise à instaurer l'abstinence.

En cas de dépendance physique, la cure de désintoxication commence par un sevrage de quelques jours. Le sevrage d'un toxicomane est un travail qui exige une attention particulière. Pour sevrer un toxicomane, on l'isole et on l'immobilise afin que pendant le manque, il n'essaie pas de s'échapper pour aller chercher le produit. Visites, sorties, téléphones sont interdits au moment du sevrage. En effet, la phase du sevrage est la partie la plus difficile et la plus dure de la désintoxication. François Hervé le précise en ces termes :

---

[1] OMS, Op. Cit, p. 26.

> *« L'interruption de l'apport de substance provoque chez le sujet dépendant un état de souffrance plus ou moins prononcé qui va s'installer plus ou moins rapidement puis disparaître. Il est de durée et d'intensité différentes selon les individus, la gravité de la dépendance et la substance en cause ».*[1]

L'intensité du syndrome de sevrage est généralement liée à la durée, au degré d'addiction et à la structure psychique du patient toxicomane. L'aide que peut apporter le psychiatre pour atténuer les souffrances liées au syndrome de sevrage consiste à donner au toxicodépendant des médicaments de substitution. Le traitement de substitution vise à réduire les doses et à diminuer sensiblement les souffrances au moment du sevrage. La méthadone et la buprénorphine sont les deux médicaments les plus fréquemment utilisés. Le traitement à la méthadone se montre efficace dans le soulagement du syndrome de sevrage et dans la réduction de la consommation des produits toxicomanogènes et des risques qui y sont associés sans avoir les conséquences négatives pour la santé.

3.1.2. Traitement de substitution

Selon François Hervé,

> *« La substitution est souvent présentée comme une stratégie opposée au sevrage : on ne déclenche pas l'arrêt total de la prise du produit mais on prescrit ce produit pour que sa consommation soit dommageable à l'usager et à la société ».*[2]

En réalité, il s'agit de deux méthodes distinctes pour parvenir au même but : l'arrêt du produit et l'amélioration de la santé de la personne. Ces méthodes ne s'opposent pas mais elles offrent une alternative.

A l'heure actuelle, deux médicaments sont autorisés pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Il s'agit de la méthadone et de la buprénorphine.

3.1.2.1. Traitement par la méthadone

Pour François Hervé,

> *« La méthadone est un morphinique. En ce sens, elle a une action similaire à la morphine mais sa durée d'action est beaucoup plus longue : vingt-quatre à trente-six heures au lieu de deux à six heures ».*[3]

---

[1] HERVE, F., Les drogues et dépendances, Ed. De VECCHI, Paris, 2002, p. 85.
[2] HERVE, F., Op. Cit, p. 86.
[3] HERVE, F., Op. Cit, p. 93.

De ce fait, une seule dose suffit pour couvrir toute la journée. En tant que morphinique, la méthadone est utilisée pour les traitements de la douleur chronique et les soins palliatifs. Ainsi, le traitement à la méthadone se montre efficace, comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, dans le soulagement du syndrome de sevrage et dans la réduction de la consommation des opiacés et des risques qui y sont associés sans en avoir les conséquences négatives pour la santé.

La méthadone bloque l'effet euphorisant produit par l'héroïne. Elle est utilisée en guise de substitut à l'héroïne ou à d'autres drogues analogues à la morphine. Au traitement de substitution à la méthadone devraient s'ajouter des services de soutien psychologique et social susceptibles d'améliorer l'efficacité de la pharmacothérapie.

3.1.2.2. Traitement par la buprénorphine

La buprénorphine est un autre médicament scientifiquement validé qui pourrait remplacer la méthadone dans le traitement de la dépendance aux opiacés. Pour François HERVE,

> *« Le subutex n'est pas un morphinique pur, son action neurobiologique est plus complexe. Il a peu d'effets euphorisants (« défonçant ») et le risque d'overdose est très faible, sauf s'il est injecté et mélangé à d'autres produits. Il se présente sous forme des comprimés devant être absorbés sous la langue, et sa durée d'action est d'environ vingt-quatre heures ».*[1]

Les règles d'utilisation sont plus souples que pour la méthadone: tout médecin peut le prescrire sans passer par un centre spécialisé, la délivrance du médicament se fait directement en pharmacie et aucun contrôle urinaire n'est exigé.

En effet, le but du traitement, que l'on utilise la buprénorphine ou la méthadone est le même : permettre au patient de devenir et de rester abstinent d'héroïne. Ce que font la buprénorphine et la méthadone, c'est de supprimer, ou de réduire suffisamment l'envie irrépressible de consommer, sans que cela soit remplacé par l'envie irrépressible de consommer la buprénorphine ou la méthadone. C'est ainsi que la buprénorphine et la méthadone sont des moyens très efficaces pour permettre aux personnes dépendantes des opiacés de devenir et de rester durablement abstinentes. Une fois la rémission obtenue de façon durable et les problèmes associés stabilisés de façon satisfaisante, il pourra être discuté avec le patient

[1] HERVE, F., Op. Cit, p. 94.

convalescent des avantages et inconvénients de l'arrêt du traitement. Ainsi donc, le patient convalescent pourra bénéficier des conseils prodigués par son thérapeute s'il a les idées claires et que ses émotions ne sont plus sous l'influence de substances psycho-actives. La psychothérapie interviendra donc pour renforcer le respect de l'abstinence.

3.2. La prise en charge psychosociale

La prise en charge psychosociale intervient pour appuyer et compléter la pharmacothérapie. Par ailleurs, il faut reconnaître que de nombreuses addictions se sont construites sur des terrains psychologiques complexes. Ainsi, si l'on ne traite pas le mal à la racine, il repoussera toujours. En effet, André Berge ne mâche pas ses mots dans ces propos :

> *« Que des médications chimiques se montrent capables de modifier l'humeur d'un sujet n'empêchent pas qu'une parole heureuse se montre parfois susceptible de « remonter le moral » et, par là même, de favoriser le rétablissement d'une personne atteinte d'un mal indubitablement organique ».*[1]

Il s'agit d'aider l'individu à retrouver son unité par la libération de la force créatrice et organisatrice de la vie bloquée à un niveau quelconque de sa personnalité. Le psychothérapeute, au cours de la séance, essaie de faire mieux comprendre à son client les causes pathogènes de son mal être et de lui faire comprendre l'importance d'un changement de comportement négatif.

L'intervention psychologique vise à mettre à jour ce qui, dans la composante personnelle de l'addiction, a favorisé son développement, réduire l'éventuelle souffrance psychique préalable ou consécutive à la toxicomanie. Plusieurs techniques sont utilisées individuellement ou en groupe pour réhabiliter les victimes de la toxicomanie.

3.2.1. Psychothérapie individuelle

Selon l'OMS,

> *« La psychothérapie individuelle est un processus d'interaction verbale entre un patient et un professionnel qualifié, qui a lieu à intervalles réguliers. Elle a pour but de dévoiler les origines psycho dynamiques et interpersonnelles du comportement du*

[1] BERGE, A., Les psychothérapies, Paris, PUF, 1974, p. 11.

toxicomane, en vue de modifier les schémas de pensée et d'ajustement qui entretiennent la toxicomanie ».[1]

Ce traitement suppose un examen individualisé des antécédents personnels de la petite enfance, des sources de dépression, d'anxiété, de colère et de culpabilité. Le toxicomane ne sera totalement indépendant que quand il aura résolu ces problèmes qui l'ont conduit à la drogue. Il faut alors qu'il accepte de mettre à plat son histoire, à exprimer ses idées qu'il n'a justement pas pu exprimer.

D'après ce modèle, le traitement devrait s'attacher au conflit plutôt qu'au symptôme. Comme le dit François Hervé,

« Les thérapies d'inspiration psychanalytique visent à faire émerger les conflits qui ont favorisé ou causé le développement d'une addiction ».[2]

Ainsi, en résolvant le conflit vécu intérieurement par le consommateur on verra les symptômes de la toxicomanie disparaître. Ce suivi permet donc de dépister précocement une accentuation des traits de caractère, un syndrome dépressif ou anxio-dépressif, des troubles délirants et psychotiques. Cette thérapie est particulièrement recommandée lorsque la toxicomanie comporte une souffrance sous-jacente.

3.2.2. Thérapie comportementale

Cette thérapie vise, par divers moyens, à changer le comportement du consommateur. Elle substitue aux comportements addictifs d'autres comportements socialement acceptés, au moyen de techniques d'apprentissage. Pour l'OMS, la thérapie comportementale s'appuie sur les éléments suivants :

« - *Modifier les processus cognitifs qui conduisent aux comportements inadaptés des utilisateurs de substances psycho-actives ;*

- *Intervenir dans la chaîne comportementale des événements qui conduisent à l'usage de ces substances ;*

- *Aider les patients à surmonter les situations aigues ou chroniques de pulsions à reprendre le produit ;*

[1] OMS, Op. Cit, p. 11.
[2] HERVE, F., Op. Cit, p. 107.

- Favoriser et renforcer le développement du savoir-faire et des comportements sociaux compatibles avec le maintien de l'abstinence ».[1]

Cette thérapie repose sur le principe qu'en identifiant puis en modifiant des modes inadaptés de pensée les patients arrivent à diminuer ou à éliminer les sentiments et les comportements négatifs. Au cours du traitement, le contenu des séances et leur orientation changent à mesure que le patient progresse.

Plusieurs études ont montré que la thérapie par aversion et la modification des facteurs externes donne des résultats prometteurs et encourageants. En effet, la thérapie par aversion est une thérapie qui cherche à supprimer les habitudes de consommation en inculquant une aversion ou un dégoût pour l'alcool, par exemple, projeter des images accompagnées de suggestions associant l'alcool avec la nausée, des vomissements, etc.

Concernant la modification des facteurs externes, elle consiste à encourager le client à cesser de boire, d'inhaler, de sniffer et de s'injecter des produits toxiques tout en l'appuyant dans d'autres aspects de la vie, y compris les aspects familiaux et conjuguons, l'emploi et les aptitudes sociales positives. L'objectif est de modifier les circonstances sociales qui incitent à consommer de la drogue ou à s'en abstenir.

3.2.3. Thérapie familiale

Cette thérapie part du principe que la toxicomanie peut être inconsciemment encouragée par la famille du patient qui va saper ses efforts de désintoxication. Ainsi donc, la famille peut avoir un impact considérable dans le traitement de la toxicomanie. Par ailleurs, la toxicomanie est un symptôme qu'on ne peut comprendre qu'en le rapportant au contexte responsable de son apparition comme de sa persistance. Si la toxicomanie d'un jeune n'est que le symptôme de dysfonctionnement familial alors le sujet du traitement n'est plus l'individu pris isolement mais bien toute la famille dont il est issu. En effet, selon François Hervé,

« Les thérapies systémiques s'intéressent aux interactions entre la personne et son environnement. Il s'agit alors d'entretiens familiaux parfois filmés, en présence d'un ou de deux thérapeutes qui relèvent les modalités de communication intrafamiliale et les interactions pathogènes ».[2]

---

[1] OMS, Op. Cit, p. 31.
[2] HERVE, F., Op. Cit, p. 108.

Cela suppose une bonne capacité de mobilisation de l'entourage. Dans l'approche systémique, la pathologie familiale est considérée comme ayant été à l'origine de la maladie. France L. et ses collaborateurs soulignent que :

> *« Si le système familial plus large qui a donné naissance à la toxicomanie n'est pas inclu dans le système thérapeutique, le sujet risque, même si son état s'améliore pendant la durée du traitement, de rechuter dès qu'il regagnera son milieu d'origine ».*[1]

La guérison ou la disparition du symptôme morbide chez le patient ne saurait survenir qu'avec la transformation du système familial. Ainsi comme le dit Claude OLIEVENSTEIN,

> *« L'approche familiale consiste essentiellement à :*
>
> *- Favoriser les efforts de recherche, d'innovation des familles tendant vers des réorganisations, des restructurations moins aliénantes ;*
>
> *- Minorer la destructivité mise en jeu lors des crises et libérer les forces de régénération de la famille ;*
>
> *- Désamorcer les processus de désignation du bouc émissaire en permettant aux familles de faire l'économie des rituels sacrificiels ;*
>
> *- Proposer une reprise et une élaboration des phénomènes de crise, qui introduisent une temporalité moins instantanée ».*[2]

L'intervenant aide alors à faire prendre conscience de l'existence de relations pathologiques et à réduire l'intensité des tensions intrafamiliales afin d'établir de nouvelles voies de communications saines et fonctionnelles. L'évaluation des interventions devra donc prendre en compte le fonctionnement de la famille et non pas des indicateurs qui concernent le seul individu malade. Lors de chaque séance, le thérapeute peut inviter toute la constellation familiale ou quelques membres de la famille.

3.3. Conclusion du chapitre

En substance, le processus thérapeutique d'un toxicomane est un processus long et difficile qui ne réussit qu'avec la collaboration du patient. Le sevrage est donc la première étape d'une

---

[1] LERET, F. et al. Op. Cit, p.66.
[2] OLIEVENSTEIN, C., La clinique du toxicomane, Paris, Ed. Universitaires, 1987, p. 99.

thérapie prometteuse dans ce sens que le patient n'agit plus sous l'influence des substances psycho-actives. La prise en charge médicale assure une rémission symptomatique ouvrant ainsi la voie aux thérapies psychosociales et permettant une amélioration substantielle. Selon l'OMS :

> *« Le traitement de la dépendance n'a pas seulement pour but l'arrêt de la consommation de drogue. C'est un processus thérapeutique qui implique des changements de comportement, des interventions psychosociales et, souvent, le recours aux médicaments psychotropes de substitution ».*[1]

Le but de la prise en charge est d'amener le patient toxicomane à prendre conscience de son intoxication, de la nécessité de se traiter, de se faire suivre régulièrement et de lui faire comprendre qu'il peut vivre sans drogue. Soulignons à toutes fins utiles que ces méthodes sont complémentaires, aucune thérapie à elle seule ne peut être efficace pour le traitement du patient toxicomane sans le concours des autres.

[1] OMS, Op. Cit, p. 34.

CHAPITRE IV : PROBLEMATIQUE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Dans toute recherche, le chercheur doit expliciter le contexte et la position de son problème à l'étude. En d'autres termes, montrer comment se pose le problème de son étude. En plus, il doit présenter les objectifs qu'il espère atteindre et la méthodologie à suivre durant sa recherche. Dans ce chapitre nous allons présenter la problématique, les objectifs de recherche et la méthodologie suivie pour réaliser ce travail.

4.1. Problématique de recherche

L'abus des drogues n'a pas toujours été aussi apparent au cours des siècles, sa fréquence semble être accélérée par un degré de développement social et de civilisation d'un pays. En effet, en cette époque marquée par une société de consommation, de compétition, de paradis artificiel, où règne l'injustice sociale, où gronde le mécontentement, où trop d'individus sont désespérés de n'avoir pas un rôle à remplir, où tout est en changement continu, bien des gens font recours aux substances psycho-actives ou à telle ou telle religion pour chercher la solution à leurs problèmes. La consommation abusive des drogues et des médicaments détournés de leur usage s'intensifie ces dernières années particulièrement chez les adolescents qui essayent tôt à consommer des substances psycho-actives. Les toxicomanes actuels sont pour la plupart des adolescents et parfois même des préadolescents. Ainsi comme le disent Frejaville et ses collaborateurs :

> *« Ils sont les plus vulnérables, car la « crise d'adolescence » plus ou moins aigüe, que chacun doit traverser pour en sortir mûri et autonome, peut dans certains cas entraîner un état de déséquilibre intense, et la recherche de compensations, de plaisirs immédiats. Plus que tout autre, ils sont sensibles à l'attrait de certaines philosophies ésotériques, aux interprétations romantiques des paradis artificiels, à l'influence de personnalités admises comme des « Leaders » ».*[1]

Dans cette perspective, il est évident que les adolescents, suite à leur immaturité sont à la fois les plus vulnérables et les plus exposés à l'usage abusif des drogues. Les attitudes rebelles et le manque d'adhésion aux valeurs sociales font que le jeune adolescent se laisse séduire par des arguments peu convaincants et tombe dans le piège des toxicomanies. Les jeunes peuvent être influencés par les groupes de pairs qui chantent la louange des drogues ou par des chanteurs, des musiciens ou des athlètes célèbres qui sont réputés pour prendre de la drogue.

[1] FREJAVILLE, J.P, et al., Les jeunes et la drogue, Paris, PUF, 1977, p. 10.

L'illusion de trouver réponse aux questions qu'il se pose peut aussi être un facteur non négligeable à la base de la consommation abusive des drogues puisque en prenant des drogues l'adolescent atteint une humeur inhabituelle et oublie ses sentiments inconfortables. Il retrouve la paix intérieure et son équilibre psychique mais de façon éphémère.

Bien que la toxicomanie constitue une stratégie d'adaptation qui permet à la personne d'endormir les sentiments d'impuissance, d'échec, d'incompétence, de désespoir, d'un mal à vivre, elle est pernicieuse à l'individu et à l'entourage. Elle constitue un obstacle de grande taille au développement de la communauté humaine. La toxicomanie est présente dans toutes les sociétés et se présente sous diverses formes suivant les sociétés et les contextes mais elle reste fondamentalement la même. C'est pour cette raison que les pays du monde entier y compris le Burundi s'emploient activement pour faire face à ce fléau en travaillant en réseaux. Non seulement l'usage de la drogue a des conséquences physiques et psychiques très néfastes sur la santé du consommateur mais également il provoque des perturbations sociales non moins fâcheuses pour la société.

L'idée de donner à la drogue tous les pouvoirs entraîne des millions de jeunes à faire une consommation abusive des drogues. Susan M. nous fait savoir que :

> *« Des millions de jeunes, dans le monde entier, font quotidiennement une consommation illicite de drogues. Des études ont constaté que la consommation de drogues commence la plupart du temps à l'adolescence ou même avant. Dans certains pays occidentaux, l'âge moyen du premier usage de marijuana est de douze ans, il n'est pas sans exemple que ce premier usage se situe à neuf ans ».* [1]

J.J.Random complète ces propos en disant que :

> *« De nos jours, l'individu de n'importe quel groupe d'âge y compris les sujets de préadolescence (autour de 11-12ans pour les filles et de 10-13ans chez les garçons) consomment de la drogue ».* [2]

---

[1] SUSAN, M., La prévention de l'abus des drogues : la communauté en action, Vienne, 1993, p. 3.

[2] RANDOM, J.J., Approche psychiatrique de la conduite toxicomaniaque en Côte d'Ivoire à partir de 26 cas observés à l'hôpital psychiatrique de Bengerville cité par SIMBANANIYE, E., In Contribution à l'étude du phénomène de la drogue au Burundi, Mémoire inédit, Bujumbura, UB, FPSE, 1998, p. 72.

Au Burundi comme partout ailleurs, nous avons remarqué que c'est la population des jeunes qui est plus vulnérable et plus exposée à l'usage des drogues alors que cette population dynamique constitue le potentiel dont le pays a besoin pour se développer. En effet, les préadolescents et les adolescents consommant abusivement des drogues illicites ou licites s'exposent à des problèmes sanitaires voire à la mort dans ce sens que ces jeunes aux organismes immatures, fragiles, vulnérables, ayant besoin de se développer se heurtent à un obstacle ralentissant, freinant voire détruisant le processus de maturation. L'altération du développement physique et psychologique d'un enfant par les drogues peut s'avérer irréparable.

La fascination angoissante qu'exerce aujourd'hui la toxicomanie sur tous les milieux sociaux tient sans doute à la fois à la relative nouveauté des produits consommés, à l'extension du phénomène, notamment parmi les jeunes, et aux difficultés considérables de son approche thérapeutique. La pharmacodépendance de ces jeunes incite le thérapeute au cours du traitement à se pencher sur leur organisation familiale et sur leur entourage. Il serait donc simpliste de vouloir aborder le toxicomane exclusivement dans sa dimension individuelle car la toxicomanie s'inscrit dans un contexte de malaise social. En effet, tout soin destiné au toxicomane doit à la fois aborder le double pôle individuel et collectif. Selon François Lautier :

> *« Pour soigner les grandes difficultés de notre temps (aliénation, alcoolisme, toxicomanie), une théorie des réseaux sociaux étudie ces interventions collectives afin de faciliter la coordination autour d'un même client ».*[1]

Cette réflexion montre que, très souvent, il s'agit de situations concernant un patient toxicomane et son environnement familial. Puisque la toxicomanie présente plusieurs causes qui interfèrent, le traitement des toxicomanes nécessite une intervention des spécialistes réunissant psychiatre, psychologue, sociologue, infirmier, etc.

L'aggravation des troubles personnels et sociaux tient à ce que très souvent l'environnement manifeste une grande fragilité et une réticence qui s'opposent à toute évolution ou à toute implication. Ce type de problème définit probablement le risque et la difficulté d'approche de telles situations si fréquentes aujourd'hui et révèle dans la pratique l'intérêt de l'évaluation globale.

---

[1] LAUTIER, F., En marge de la drogue, Paris, les Editions ESF, 1987, p. 29.

Il est à souligner que le traitement de la toxicomanie est souvent long, difficile et coûteux et qu'il ne réussit pas toujours. De ce fait, il est conseillé de ne pas faire usage de drogues puisqu'il est dangereux aussi pour l'individu que pour la société. La meilleure solution est de promouvoir et pratiquer la prévention. L'adage français suivant lequel « mieux vaut prévenir que guérir » est une vérité évidente dans la lutte contre l'abus des drogues. La prévention constitue un facteur essentiel pour la réalisation de l'objectif à long terme d'une élimination de l'abus des drogues.

La toxicomanie se développe rapidement ces dernières années, comme un phénomène social de plus en plus pressant. Toutefois, au Burundi nous en sommes encore au stade initial de la réflexion institutionnelle dans ce domaine si particulier. Les institutions de soins proposent une réponse soignante appropriée à la demande d'aide des toxicomanes. La prise en charge des patients toxicomanes est un travail délicat nécessitant une attention particulière dans la mesure où les toxicodépendants cherchent toujours à se procurer de la drogue bien qu'il soit interdit de faire entrer la drogue dans les institutions de soins. Ainsi, le personnel soignant et les patients toxicomanes se querellent souvent à cause de la présence des drogues dans l'asile ou dans des poches des patients. Pour François Lautier :

> *« Entrer dans le concret institutionnel, c'est affronter cette présence du toxique entre intervenants et résidents. Ces derniers tentent de cacher leur éventuelle intoxication et toute information concernant leur approvisionnement ».*[1]

Ainsi, la prise en charge résidentielle se heurte à des problèmes tributaires à la volonté du patient de continuer à prendre de la drogue bien qu'il soit hospitalisé. Ceci peut être entraîné par le fait que la plupart des patients ne se rendent pas aux services de soins par leur propre volonté. Le toxicomane s'adresse souvent aux structures de soins lors des crises dans sa relation avec son produit, des difficultés judiciaires, familiales, économiques, etc. La toxicomanie est une problématique multidimensionnelle parce qu'elle a des répercussions sur la santé physique et mentale des individus sur leur vie économique et sociale et, dans certains cas, parce qu'ils sont susceptibles de faire face à la justice. Elle est aussi multidimensionnelle parce qu'elle présente plusieurs causes et plusieurs conséquences, qu'elle touche plusieurs facettes de la vie de l'individu et de son entourage et qu'elle affecte l'équilibre psychique de la personne. Elle interfère sur la qualité de vie de ses relations interpersonnelles, c'est-à-dire dans ses rôles de conjoint, de parent, de frère, de sœur, de fils, de fille, d'employé, d'employeur, etc.

---

[1] LAUTIER, F., Op. Cit, p. 71.

Nous venons de faire le tour d'horizon des grands axes de la situation problématique des toxicomanes en milieu thérapeutique. Il nous semble ainsi que sur le plan de leur prise en charge, approche qui nous préoccupe dans le présent travail, quelques interrogations méritent une attention particulière. Nous nous sommes posé les questions suivantes :

- Comment le toxicomane peut-il sortir du marasme de la drogue et quel appui psychologique spécialisé peut-on lui proposer ?
- Comment est-ce que le personnel soignant arrive à associer la famille du toxicomane dans la prise en charge de la victime ?
- Comment le sujet dépendant peut-il arrêter sa consommation et quels sont les moyens pour l'accompagner dans cette démarche ?
- La contrainte dans la relation thérapeutique ne peut-elle pas rendre difficile voire impossible le processus du traitement ?
- La qualité des rapports entre le toxicomane et sa famille peut-elle être un facteur favorisant ou défavorisant du processus de la réadaptation ?
- L'ancienneté et la gravité de dépendance constituent-elles le nœud du problème au cours du traitement ?
- Les maladies associées à la toxicomanie ne peuvent-elles pas rendre complexes voire compliquer la situation ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées dans la prise en charge ?

Les réponses à cette série de questions nous ont permis de clarifier la problématique de la prise en charge médicopsychosociale des toxicomanes. Pour y arriver, nous avons articulé notre étude autour des objectifs général et spécifiques ou opérationnels. Cela nous a permis de faire une analyse objective, progressive et systématique de cette problématique à l'étude afin d'aboutir à des conclusions consistantes.

4.2. Objectifs de la recherche

4.2.1. Objectif général

Notre objectif général est d'identifier les difficultés rencontrées par le personnel soignant dans le processus thérapeutique d'un toxicomane.

4.2.2. Objectifs spécifiques

- Identifier les problèmes liés à l'abordage du toxicomane (accueil, mise en confiance, maîtrise de la situation) ;
- Découvrir les difficultés liées à la cure de désintoxication ;
- Mettre en évidence les difficultés liées à la psychothérapie ;
- Mettre en évidence les difficultés liées à la sociothérapie ;
- Proposer un processus adapté pour la réadaptation (réinsertion sociale)

L'atteinte de ces objectifs reste tributaire des méthodes et techniques mises en œuvre au cours de la réalisation de ce travail. Nous avons chaque fois vérifié si ces objectifs sont atteints avant de tirer une conclusion générale.

4.3. Démarche méthodologique

Selon MUCCHIELLI,

> *« La méthodologie est la réflexion préalable sur la méthode qu'il convient de mettre au point pour conduire une recherche. Une méthode qualitative de recherche est une stratégie de recherche utilisant diverses techniques de recueil et d'analyse qualitative dans le but d'expliciter, en compréhension, un phénomène humain ou social ».*[1]

La méthodologie est donc une stratégie visant à résoudre le problème posé par une recherche.

4.3.1. Méthode et techniques de collecte de données

Tout chercheur doit mettre en place des outils adaptés pour pouvoir atteindre ses objectifs. En effet, il existe plusieurs instruments de recherche en sciences sociales. Il appartient au

[1] FERNANDEZ, L et CATTEEUW M., La recherche en psychologie clinique, Paris, Fernand Nathan, 2001, p. 40.

chercheur d'apprécier les instruments qui conviennent le mieux à sa recherche. Le choix des instruments permettant de recueillir les informations nécessaires et fiables à la réalisation d'un travail déterminé dépend de la nature du sujet à l'étude et de l'univers d'enquête. Ainsi, pour notre travail qui consistait en l'identification des difficultés rencontrées par le personnel soignant dans le processus thérapeutique d'un toxicomane, nous avons opté pour trois instruments qui ont servi dans la récolte des faits et des informations. Il s'agit de l'observation clinique, de l'entretien semi-structuré et du questionnaire. En quoi consistent alors ces techniques de récolte de données ?

4.3.1.1. L'observation clinique

Pour Pedinielli, l'observation clinique consiste à

> *« Relever des phénomènes comportementaux significatifs, leur donner un sens en les restituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte ».*[1]

Elle concerne l'ensemble des conduites verbales et non verbales ainsi que les relations qui s'établissent entre les patients et le personnel soignant. Pour recueillir des informations complètes et variées, une grille d'observation fut élaborée. Elle nous a aidé à noter les réactions et les échanges tant verbaux que non verbaux et à enregistrer tous les éléments vus ou entendus en rapport avec notre sujet. L'observation clinique permet donc au chercheur de comprendre et d'interpréter les faits vécus par l'enquêté.

4.3.1.2. L'entretien semi-structuré

L'entretien est un procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale pour recueillir les informations en fonction du but de la recherche. A ce sujet, DORSELAER l'explique de la manière suivante :

> *« Cette méthode de sondage consiste à interroger uniquement et principalement à propos d'un objet d'étude quelconque, les personnes qui sont directement concernées par le problème examiné ou qui sont les plus qualifiés pour répondre à un questionnaire concernant un domaine plus ou moins spécialisé ».*[2]

---

[1] FERNANDEZ, L et CATTEEUW, M., Op. Cit, p. 67.
[2] DORSELAER, J., Méthodologie pour réaliser un travail de fin d'étude, Bruxelles, Editions CIRD, 1985, p. 75.

Avec cette méthode d'investigation, nous avons pu entrer en contact et dialoguer avec le personnel soignant œuvrant dans le service psychiatrique du CNPK. Pour FESTINGER L.et KATZ.D

> *« Ce n'est que grâce à des contacts directs avec les intéressés que l'économiste, le sociologue, l'anthropologue et le psychologue peuvent atteindre leurs attitudes, leurs perceptions, leurs espérances ou leurs projets ».*[1]

Ainsi, l'entretien semi-structuré permet par l'intermédiaire du guide d'entretien d'interroger les concernés et ainsi de recueillir des informations pertinentes.

L'entretien semi-structuré nous a semblé être le moyen le plus efficace, néanmoins, cette méthode d'investigation est délicate, elle exige beaucoup de tact et de précautions de la part du chercheur. ROGERS nous donne des conseils pour pouvoir bien mener l'entretien semi-directif. Selon lui, trois conditions pour que s'établisse un climat de confiance entre l'enquêteur et l'enquêté sont incontournables. Il s'agit entre autres d' :

> *« - Une chaleur et sympathie communicative de la part du conseiller, qui expriment l'intérêt sincère qu'il porte à son client et font qu'il accepte en tant que personne ;*
>
> *- Le libéralisme ou la largeur d'esprit avec laquelle le conseiller reçoit les confidences de son client ;*
>
> *- L'absence de toute forme de pression ou de coercition. Le conseiller avisé s'interdit de faire paraître ses désirs, ses préjugés, ses réalisations dans la situation thérapeutique ».*[2]

L'enquêté fournit à l'enquêteur des informations fiables quand il a déjà constaté que ce dernier est capable de le comprendre et de l'accepter dans son état actuel. Quand le patient en général et le toxicomane en particulier se retrouve devant quelqu'un auquel il peut se confier et qu'il estime confident il se dévoile et fournit des informations avec toute sécurité. Dans le cadre de notre recherche, nous avons fait appel au questionnaire pour des raisons que nous précisons dans les lignes qui suivent.

---

[1] FESTINGER, L et KATZ, D., La méthode de recherche en sciences sociales, Paris, PUF, p. 385.
[2] Ibidem

4.3.1.3. Le questionnaire

Le choix du questionnaire comme instrument de recueil des données en recherche qualitative où l'enquêteur accorde moins d'importance à la standardisation et à la généralisation des résultats semble être incorrecte. Toutefois, nous avons fait appel au questionnaire parce que le personnel soignant œuvrant au service psychiatrique du CNPK n'est pas toujours disponible pour l'entretien pendant les heures de service. Il est tout le temps sollicité pour aller soigner les patients. Il n'avait donc pas du temps suffisant pour répondre à l'interview. La non-disponibilité, les connaissances et l'expérience professionnelle nous ont fait croire qu'il répondrait mieux à un questionnaire écrit. Celui-ci était ouvert pour permettre aux concernés de pouvoir dire tout ce qu'ils savent sur le sujet.

4.3.2. Présentation du terrain et population d'enquête

Nous avons choisi de mener notre étude au CNPK parce que le CNPK est une institution qui accueille des malades ayant des troubles psychiatriques y compris les toxicomanes. Le CNPK est une institution assez vieille et la seule et la mieux qualifiée au Burundi pouvant interner les patients psychiatriques.

Quant à la population d'enquête de notre étude de recherche, elle concerne l'ensemble des soignants du CNPK qui côtoient en permanence et soignent les patients toxicomanes. En effet, Mucchielli nous fait savoir que la population d'enquête ou l'univers d'enquête est

> *«L'ensemble de groupe humain concerné par les objectifs de recherche ».*[1]

Quant à Blanchet et Gotman,

> *« Définir la population, c'est sélectionner des personnes que l'on veut interroger et à quel titre, déterminer les auteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose ».*[2]

Partant de ces deux définitions, nous avons estimé que les soignants qui vivent au quotidien avec ces malades, qui les traitent, chacun apportant sa contribution dans le suivi d'un toxicomane sont capables de nous informer. Il s'agit concrètement de médecins, d'infirmiers, de psychothérapeutes, et de socio- thérapeutes. Ainsi, Un médecin, trois infirmiers du service

---

[1] MUCCHIELI, R., Le questionnaire dans l'enquête psychosociale : connaissance du problème, Paris, ESF, 1975, p. 16.

[2] BLANCHET, A., et GOTMAN, A., L'enquête et ses méthodes : Entretien, Paris, Fernand Nathan, 1992, p. 50.

de la psychiatrie, un psychologue et un assistant social ont été interviewés et nous ont fournis des informations authentiques sur les difficultés qu'ils rencontrent dans le processus thérapeutique d'un toxicomane.

4.3.3. Travail de terrain

Pour pouvoir récolter des informations objectives, le travail de terrain s'est déroulé en deux phases à savoir la pré-enquête et l'enquête proprement dite.

4.3.3.1. Pré-enquête

La pré-enquête a été la phase la plus déterminante de notre recherche qu'il fallait conduire avec délicatesse. C'est grâce à elle que nous nous sommes fait accepter au sein du CNPK. C'est une étape décisive, car elle fut la phase préparatoire de la recherche proprement dite.

Arrivé au CNPK, nous avons dû d'abord nous adresser à la Direction Générale du CNPK pour exposer l'objet de notre visite et définir les finalités de notre étude. Le Directeur Général, après nous avoir interrogé et répondu favorablement à ses questions, nous a donné accès à toutes les portes du CNPK. Egalement, cette phase de la pré-enquête nous a été d'une importance capitale dans la mesure où ce fut une occasion de repérer nos futurs enquêtés. Elle a porté sur trois cas dont un infirmier, un assistant social et un encadreur en ergothérapie. Le but de procéder à la pré-enquête était de tester l'efficacité de notre guide d'entretien et de nous rendre compte des réalités du terrain d'enquête. Cette étape nous a aidé à nous familiariser et de nous faire connaître à l'équipe médicale. Elle fut suivie par le choix des enquêtés, des sujets autres que ceux contactés pour la pré-enquête.

4.3.3.2. Technique de choix des enquêtés

Notre souci était de rencontrer tout le personnel soignant qui participe dans la prise en charge des patients toxicomanes, mais sur terrain ça a été autre chose, les enquêtés furent retenus selon leur disponibilité et leur volonté ou leur amabilité de répondre à nos questions. Ainsi, nous avons obtenu l'acceptation de six personnes dont un Docteur, trois infirmiers, un psychothérapeute et un socio thérapeute.

4.3.3.3. Enquête proprement dite

Elle constitue une phase fondamentale de la recherche. Au cours de l'enquête proprement dite, nous avons gardé les mêmes instruments utilisés au cours de la pré-enquête c'est-à-dire

l'interview semi-structurée et le questionnaire qui a subi quelques retouches. Ces instruments nous ont permis de recueillir des informations qui cadrent bien avec notre sujet d'étude. Quant aux modalités pratiques de la conduite des entretiens, nous invitions chaque fois notre enquêté dans un bureau pour éviter le dérangement ou toute influence de la part de ses collègues. En face de notre enquêté, il nous fallait une brève présentation avant de lui annoncer notre problème de recherche. Ensuite, nous entamions l'entretien proprement dit au cours duquel nous posions des questions ouvertes puisées dans notre guide d'entretien préalablement élaboré. Néanmoins, l'ordre des questions n'était pas obligatoire, nous laissions la liberté d'expression à notre enquêté car nous dit D'UNRUG :

> *« Il s'agit de laisser parler l'enquêté, voire de l'aider à parler par des relances sans pour autant diriger son discours; dire « oui » ou « hum » faire « écho » en répétant tout ou une partie du discours ».*[1]

Ces conseils nous ont permis de laisser la liberté au sujet de s'exprimer sans tenir compte de l'ordre des questions, les sujets s'exprimaient en français ou en Kirundi pour permettre une communication plus aisée. A la fin de chaque entretien, nous présentions nos vifs remerciements pour avoir accepté d'échanger avec nous. Suite au manque de temps de certains membres du personnel soignant pour l'entretien, nous leur avons soumis un questionnaire à compléter après les heures de service ou pendant le moment de pause.

4.3.3.4. Difficultés rencontrées

Cette recherche en psychiatrie ne pouvait pas se passer sans embûches et heurts. Certains soignants fixaient des rendez-vous parfois non respectés et d'autres soignants refusaient carrément de nous répondre sous prétexte qu'ils n'ont pas de temps, qu'ils sont surchargés. Nous leur proposions de nous répondre par questionnaire mais ils ne manquaient pas de réponses pour refuser. Tout travail de recherche ne peut se réaliser sans difficultés particulières et le nôtre ne pouvait pas échapper à cette règle.

4.4. Le dépouillement et l'analyse des données recueillies

Après la collecte des données à l'aide de l'interview semi-structuré, du questionnaire et de l'observation clinique, nous sommes passé au dépouillement pour dégager les résultats de l'enquête. Nous avons dans un premier temps passé à la transcription des bandes-cassettes

---

[1] D'UNRUG, M.C., Analyse de contenu et acte de parole. De l'énoncé à l'énonciation, Paris, Ed. Universitaires, 1974, p. 87.

pour avoir un texte. Ensuite, nous avons complété les résultats de l'entretien par les données de l'observation. En deuxième temps, nous avons fait la lecture des informations recueillies et cela thème par thème, afin d'en faire une bonne interprétation. Enfin, nous avions fait regrouper les informations en quatre grands thèmes constitués de sous-thèmes. Leur présentation et leur discussion font l'objet de la deuxième partie du présent travail. Chacun des quatre chapitres de cette partie présente et explicite un thème.

4.5. Conclusion du chapitre

Nous venons de voir dans ce chapitre, la position du problème de notre recherche et les objectifs à atteindre. Dans le but d'atteindre nos objectifs, nous avons d'abord présenté la population et le terrain d'enquête, ensuite une méthodologie que nous avons utilisée dans notre étude. Enfin, nous avons indiqué comment nous avons procédé pour le dépouillement des données récoltées pour faciliter le travail d'analyse et d'interprétation des résultats.

DEUXIEMEPARTIE :

PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE

CHAPITRE V : PROBLEMES LIES A L'ABORDAGE DU TOXICOMANE

Avec ce chapitre, nous avons analysé les difficultés de l'abordage du patient toxicomane dans les premiers contacts et au cours de l'hospitalisation. En effet, se faire soigner ou se faire aider, revient souvent à parler de la maladie et de ce qu'elle révèle d'intime. Pour les patients toxicomanes souvent méfiants, l'amorce d'un soin possible demande un climat de confiance qui ne peut être garanti que par une application rigoureuse des principes du secret professionnel et d'un endroit garantissant la confidentialité.

5.1. Les premiers contacts en consultation sont difficiles

Il est sage et courtois pour le personnel soignant d'accueillir le malade avec humanité. Le soignant doit avoir une stratégie pour amorcer le processus thérapeutique. Pour une meilleure gestion de la relation soignant-soigné, Bernard Marc et Ghislaine Simon donnent des conseils au personnel soignant de la manière suivante :

> *« La gestion de la relation entre les soignants et les soignés particuliers que sont les toxicomanes impose de tenir compte de principes de base essentiels au nombre de quatre : l'empathie, le contrôle, le soutien actif et la confiance ».*[1]

En effet, l'accueil est le premier maillon de la chaîne de soins. Il donne le ton dès la première impression et peut faciliter ou compliquer la suite de la relation entre le patient et le soignant. Le toxicomane n'est pas qu'un utilisateur de drogues, un asocial. C'est avant tout un sujet avec lequel il faut rendre possible une relation soignante, qu'il faut savoir attirer à soi. En effet, le patient toxicomane est incontestablement un patient difficile à aborder. La grande difficulté pour les équipes soignantes réside dans l'extrême variabilité de l'humeur du sujet toxicomane. Beaucoup de toxicomanes, nous rapportent les soignants, arrivent en état d'agitation, de fureur et d'agressivité que la mise en confiance qui oriente et définit l'atmosphère d'entente et d'écoute est extrêmement difficile. Voici les propos d'un de nos enquêtés :

> *« Hariho abaza bakaze, bagwana, batukana, baducirako. Hari n'abandi baza ata jambo na rimwe bavuga bakaguma banumye hamwe naho wobaza ikintu na kimwe batakwishura ».*

Ce qui veut dire :

---

[1] MARC, B. et SIMON, G., L'infirmier(e) et les toxicomanies, Paris, Masson, 2002, p. 87.

« Il y en a qui viennent en état de fureur, qui sont agités et agressifs en nous crachant dessus et d'autres qui ne prononcent aucun mot, et qui restent silencieux, sans rien dire, même si nous leur posions des questions ».

Ces propos illustrent assez bien que les toxicomanes n'arrivent pas dans un même état. Cette situation de forte agressivité et d'incommunicabilité plonge les soignants non expérimentés dans une situation de peur et d'impuissance, là où les plus expérimentés usent de tous les moyens et de toutes les techniques pour faire participer le patient dans l'action thérapeutique. L'accueil d'un patient toxicomane est difficile à gérer et peut infléchir l'action thérapeutique si le soignant n'est pas armé de patience, de tact et de faculté intuitive.

Un accueil réussi sécurise et reconnaît la personne comme partenaire pour lui permettre de s'adapter à sa propre situation et à son environnement. L'accueil du patient se fait dans un bureau réservé à cet effet permettant ainsi une bonne prise en charge et le respect de la confidentialité. Voyons comment les choses se passent au CNPK à travers les propos de cet enquêté :

« Tubakirira ngaha, ariko iyo umugwayi adusavye ko tuyaga turi babiri duca tumujana muri karya ga ***chambre*** *tukayagirayo. Iyo atari we adusavye ko duhamagara uwamuherekeje ikiganiro tukigira turi babiri ».*

C'est-à-dire :

« C'est ici qu'on reçoit les malades mais si le malade nous exige de se parler à deux, on se met dans cette petite chambre pour dialoguer. S'il ne demande pas d'appeler son compagnon la conversation se fait à deux ».

La confidentialité est souvent ignorée par les soignants, or elle joue un rôle primordial dans la mise en confiance du patient. Il serait bien d'attirer l'attention des prestataires de soins et des services sur l'importance de l'accueil au sein d'une structure et surtout par rapport à la confidentialité. La majorité des patients toxicomanes sont méfiants. Ils ont toujours peur d'être poursuivis par la police. Parler en public ou à un inconnu qu'il consomme de la drogue n'est pas chose facile. Le soignant doit le rassurer et l'amener à gagner sa confiance. Voici ce que dit l'infirmière interrogée :

« Turamubwira ko tudashaka kumushengeza imbere y'ubutungane, ko turi ngaha kugira tumuvure akire, amere nk'abandi ashobore kwiteza imbere ».

C'est-à-dire :

> *« Nous lui disons que nous ne voulons pas le mettre devant le tribunal, que nous sommes ici pour le soigner afin qu'il guérisse et devienne comme les autres pour progresser dans la vie ».*

Cette façon de faire témoigne de l'intérêt que les soignants réservent à la mise en confiance de ces patients pour casser le mur qui bloque et qui risque d'infléchir l'action thérapeutique. Le manque de confiance s'avère un problème très handicapant pour une bonne relation et pour la guérison du malade. La relation thérapeutique sera ce qu'en fera le thérapeute et l'image que le patient peut avoir de son soignant et cette dernière a une répercussion sur le genre de relation qu'il adoptera comme l'acceptation, le dénigrement, le refus de soins, etc.

5.2. La négation de la maladie

Lors des premiers contacts avec un toxicomane, la relation avec le médecin est souvent périlleuse. Le toxicomane ne cherchant généralement pas à se faire soigner est amené par force pour se faire soigner. La famille ou l'entourage constatant un comportement anormal du consommateur de la drogue qui passe de l'apathie à l'exaltation et à la violence amène le sujet à l'hôpital. Les toxicomanes qui viennent ici, nous rapportent les soignants, viennent avec le trouble du comportement. On les amène parce qu'ils ont affiché un comportement que la société appelle bizarre, ils sont agressifs ou bien ils ont fait quelque chose d'autre, la famille décide de les amener ici. Cette contrainte amène souvent le toxicomane à nier qu'il consomme de la drogue. Voici cet extrait d'un de nos enquêtés :

> *« La plupart des patients toxicomanes n'acceptent pas l'état de leur santé mentale. Ils disent, nous sommes normaux, nous ne sommes pas des toxicomanes, nous prenons seulement du tabac, on a été contraint de venir ici par injustice de la part de nos parents, de nos familles, etc. ».*

Il est habituel de mentionner que le patient toxicomane a tendance à nier qu'il consomme de la drogue. Les soignants signalent souvent que ce dernier dissimule la réalité de la consommation de la drogue, qu'il ment sur les doses réelles. Cette attitude de déni est en effet fréquente chez ce type de patient. En effet, les toxicomanes manquent de compréhension et de soutien, c'est pourquoi beaucoup de toxicomanes cachent leur maladie. Le stigmate qui entoure le toxicomane peut aussi dissuader les patients toxicomanes de se faire traiter.

Les soignants rencontrent des difficultés dans l'entretien et dans le recueil des informations nécessaires à l'évaluation de la situation dans la mesure où ils affrontent le sujet, qui se met immédiatement sur la défensive. Pour les soignants non expérimentés, l'accueil d'un patient toxicomane les fait peur et les rend impuissants. Pour Thomas MUNYUZANGABO :

> *« Un bon accueil du patient est pour lui le reflet de la bonne intention qu'a l'infirmier de l'aider, de le secourir. Mais si quelquefois le patient n'est pas bien accueilli, il peut en être responsable. En effet, par son manque de confiance à l'égard des soignants, le patient bloque la bonne relation qu'il devrait établir avec eux ».*[1]

Ces malades ont besoin de plus d'attention. Ce sont des patients doués de raison et d'intelligence. Les soignants doivent user de la diplomatie et créer un climat de confiance pour amener leur patient à s'asseoir et écouter avec intérêt leurs conseils.

Les patients toxicomanes rencontrés au CNPK lors de notre enquête affichaient de la méfiance à l'égard des infirmiers. Interrogés sur les raisons qui seraient à l'origine de ce problème de manque de confiance, ils évoquent en général la mauvaise réputation du centre. Voici comment les infirmiers expliquent cette méfiance :

> *« Aha bahabazana ku nguvu, kenshi baza baboshwe. Baratubwira ko kuza ngaha ari nko kuja mu mpimba. Ni co gituma, baca bategerezwa kuba ibinani bakaza* **par force** *baboshwe, niyo bashitse ntibemereko bagwaye, banyoye urumogi ».*

Ce qui veut dire :

> *« On les amène par force ; beaucoup des fois ils viennent ligotés ; ils nous disent que venir ici c'est comme aller à MPIMBA. C'est pourquoi ils nous opposent une résistance et on les amène par force étant ligotés ; même quand ils arrivent, ils n'acceptent pas qu'ils sont malades, qu'ils ont consommé la drogue ».*

Ces propos justifient la méfiance des patients toxicomanes à l'égard des soignants. Les soignants sont victimes de la mauvaise réputation du centre. Ces mauvais préjugés ne manquent pas de créer une résistance de la part des patients et de donner du fil à retordre aux soignants dans leur plan de guérison.

---

[1] MUNYUZANGABO, T., Etude psychosociologique de quelques difficultés rencontrées par le personnel paramédical de Bujumbura dans ses relations avec les malades, Bujumbura, U.B, F.P.S.E, 1985, p. 197.

Certains infirmiers ignorent ce qui inspirent confiance à leurs clients et expliquent que les patients toxicomanes nient leur maladie parce qu'ils sont d'habitude comme ça. En fait, les infirmiers dans leur salle de consultation sont parfois autour d'une même table à quatre, cinq, six ou sept voire dix y compris les stagiaires. Il devient ainsi malaisé pour le patient toxicomane prenant des produits prohibés de raconter à haute voix qu'il consomme de la drogue face à toutes ces personnes. Les symptômes mensongers des malades sont une marque de méfiance à leur égard. Le déni de la maladie entraîne le refus ou l'acceptation difficile des soins.

5.3. La difficulté de l'évaluation initiale de l'état du malade

Le problème de l'évaluation du malade est un problème évoqué par la majorité de nos enquêtés. Presque tout le monde affirme qu'ils éprouvent des difficultés à identifier le type de drogue consommé par l'usager et à diagnostiquer les complications physiques et sociales ainsi que des troubles psychiatriques associés et cela pour diverses raisons. La majorité d'entre eux évoquent le problème de manque du matériel qui leur permettrait de faire tous les examens possibles. D'autres évoquent le discours mensonger des patients. Nous allons voir dans la suite comment les interviewés développent les différentes raisons avancées.

5.3.1. Manque du matériel

Le manque du matériel est un handicap qui explique la difficulté qu'ils éprouvent à poser avec précision leur diagnostic. Le manque de laboratoire est souvent évoqué comme élément à la base de ce problème. Voici comment s'expriment nos enquêtés à ce propos :

> *« Kumenya* **type** *y'urumogi yanyoye twebwe ntitubimenya,* ***donc*** *we nyene ni we avyivugira. Ni we avuga, jewe naranyoye ama drogues, naranyoye burya bunini bw'ama* **drogues** *canke rurya rumogi rw'ivyatsi. Ni we avyivugira; atavyivugiye ntidushobora kumenya type y'urumogi yoba yaranyoye. Ni intambamyi ikomeye mu kazi kacu. Nta* **laboratoire** *dufise yo kubipima ubwo buryo nta bwo dufise ».*

C'est-à-dire :

> *« Nous ne pouvons pas savoir le type de drogue qu'il a consommé, donc, c'est lui qui le dit. C'est lui qui dit, moi j'ai consommé les drogues, j'ai consommé les comprimés de drogue ou le chanvre indien. C'est lui qui le dit; s'il ne le dit pas, nous ne pouvons*

pas savoir quel type de drogue il a consommé. C'est un obstacle de taille dans l'exercice de notre métier. Nous n'avons pas de laboratoire pour faire les analyses ».

Nous remarquons aisément à travers ce passage combien le problème de manque de laboratoire pour faire les examens peut minimiser l'action du soignant. Il est limité dans ces possibilités d'action. Selon l'OMS :

« Les examens physiques et psychiatriques devront être appuyés par des analyses de laboratoire. Il est donc souhaitable de disposer d'installations de laboratoire pour les tests simples de recherche de drogue dans les urines ou dans le sang ».[1]

Cela montre clairement que l'apport du laboratoire est incontournable dans l'évaluation du patient toxicomane. L'évaluation de ce dernier uniquement à l'aide de l'anamnèse clinique est teintée de subjectivité et peut infléchir l'action thérapeutique.

5.3.2. Le discours mensonger du patient toxicomane

Certains patients toxicomanes cachent qu'ils consomment de la drogue à l'infirmier. Certains soignants interrogés pensent que le mobile de ce refus d'admettre qu'ils consomment de la drogue serait lié au manque de confiance que les usagers de la drogue éprouvent à l'égard de n'importe quelle personne avec qui ils ne partagent pas le produit. Pour Patrick ALLAIN :

« Les utilisateurs sont- ou deviennent- par le fait de leur acte illicite, méfiants envers les pouvoirs publics, donc peu coopérants et hostiles ».[2]

Ceci expliquerait la méfiance qu'ils éprouvent à l'endroit du personnel soignant. Le toxicomane est conscient qu'il consomme des substances illicites, punissables par la loi, que n'importe qui peut le dénoncer et peut être poursuivi par le pouvoir public. Il n'a confiance à personne. Cette méfiance lui impose de discrétion en ce qui concerne sa consommation.

Aujourd'hui, bien que la toxicomanie soit définie comme une maladie résultant d'une double dimension sociale et neurobiologique, la société a toujours tendance à privilégier les stéréotypes sociaux tendant à décrire le toxicomane comme menteur et manipulateur. Les toxicomanes sont souvent conscients de la perception péjorative qu'ont les médecins à leur égard. Cette méfiance érige souvent un mur entre le patient et le soignant. Le patient refuse de

[1] OMS, Programme de lutte contre les toxicomanes, Op. Cit, p. 8.
[2] ALLAIN, P., Hallucinogènes et société, Paris, Payot, 1973, p. 135.

communiquer ou fait recours au mensonge et le soignant incompétent accuse le patient de mentir. Cet extrait illustre bien nos propos :

> *« Aba* toxicomane *ni ababeshi ntibigera bavuga ukuri ni co gituma mu kubakorera* dossier médical *duhamagara uwaje amuherekeje kugira atwishure ku bibazo bimwe bimwe ».*

C'est-à-dire :

> *« Les toxicomanes sont des menteurs, ils ne disent pas la vérité, c'est pourquoi pour faire leur dossier médical on appelle la personne qui l'accompagne pour nous répondre à quelques questions ».*

De par ces propos, le mensonge est souvent fréquent dans leur discours. Donc, il est d'autant plus difficile d'établir une relation de confiance que ces patients sont des menteurs. Comme le CNPK ne dispose pas de laboratoire pour analyser minutieusement les examens, les soignants doivent établir seulement l'anamnèse, technique qui demande beaucoup d'attention lors de l'écoute, de la formulation et de la reformulation des questions et une faculté intuitive trop poussée. A ce propos l'OMS souligne que :

> *« Dans la prise en charge de la comorbidité psychiatrique, il est nécessaire de procéder à une anamnèse clinique soigneuse et détaillée ».*[1]

L'OMS nous rappelle combien la prise en charge de la comorbidité psychiatrique exige une analyse approfondie et détaillée. Les infirmiers se heurtent à des embûches lors de l'anamnèse dans la mesure où les patients toxicomanes mentent souvent dans leurs réponses.

> *« Bakiza kenshi ntibavyemera bakunda kuvuga ko bababeshera. Abandi na bo narigeze ku kanwa ariko ubu narabihevye. Hakukwishura ku kibazo ubabajije bagerageza kukubwira ibindi kugira ntubandanye ubabaza ko banwa urumogi canke ko bigeze kurunwa ».*

C'est-à-dire :

> *« Quand ils viennent ils n'acceptent pas, ils disent souvent qu'ils sont accusés pour rien. D'autres disent qu'il fut un temps qu'ils fument du chanvre mais maintenant ils ont abandonné. Au lieu de répondre à la question posée ils essaient de raconter autres*

[1] OMS, Programme de lutte contre les toxicomanes, Op. Cit, p. 7.

choses pour que tu ne continues pas à leur demander qu'ils consomment de la drogue ou qu'ils en ont consommé ».

Avec un tel langage, l'infirmier manque d'assurance dans son diagnostic. Ce manque d'assurance devient d'autant plus grand qu'il a affaire à un patient qui ment tout le temps et qui est incapable de dire la vérité. Pour Françoise LAUTIER :

« Le discours du toxicomane envahit son entourage. Toute relation, dans notre contexte, peut se noyer dans ses propos si aisés. Tous les récits, des plus étranges aux plus banalisants, portent cette marque d'un « imaginé » plus ou moins directement manipulateur. Dans son discours, les formes et les contenus varient à l'infini, faux souvenirs, ou remplissage contrastant avec l'absence de dates précises, ou participant à l'oubli des réalités. Une relation « discursive » s'installe avec autrui. Mots, phrases, images s'enchaînent. Parfois l'équipe, elle-même tout imprégnée de ces discours se surprend à se laisser entraîner par ces récits dénués d'implication ».[1]

Face à ces patients, les intervenants doivent répondre, par une collaboration mutuelle avec objectivité au niveau de leurs constatations et une certitude suffisante dans leurs déductions.

5.4. La prise en charge hospitalière difficile

La prise en charge hospitalière des patients toxicomanes est assurée par la combinaison des efforts de tout le personnel soignant (Médecin, infirmier, psychologue, ergothérapeute, assistant social,...), chacun apportant sa contribution pour aider le patient toxicomane à réorganiser sa vie et à devenir autonome. La majorité des toxicomanes qui vient au CNPK, vient avec des troubles du comportement. Ce sont des patients qui nécessitent un suivi en milieu hospitalier. Les propos suivants sont plus parlants :

« La plupart de nos clients nous arrivent dans un état d'agitation. Ce sont des gens qui nécessitent un suivi en milieu hospitalier. On doit d'abord couper court à l'agressivité. Ce sont des gens qui ont un problème de sommeil, on doit créer le sommeil par la chimiothérapie, on injecte les benzodiazépines et puis ils se reposent ».

Ces propos sont très clairs et si cela se passe ainsi l'hospitalisation de ces patients s'avère nécessaire. La prise en charge médicopsychosociale des toxicomanes est un véritable défi au CNPK dans la mesure où la dépendance aux produits complique souvent le rapport avec les

[1] LAUTIER, F., Op. Cit, p.25.

équipes soignantes hospitalières. Nos interviewés s'accordent pour dire que les patients toxicomanes sont les plus difficiles surtout en période de manque, ils s'agitent et agitent ainsi d'autres malades. Les patients toxicomanes sont des cas difficiles à gérer quand ils sont dans un état de manque, ils réclament toujours des cigarettes. Ce sont des patients qui ont un comportement difficile, ils sont insociables, ils volent les objets des autres patients et même de l'hôpital. Le toxicomane cherche par tous les moyens à s'approvisionner en substances psycho-actives. Ce manque de drogue rend le toxicomane agressif et le pousse à s'en prendre à tout ce qui bouge. Voici à ce propos ce que dit le médecin interrogé. Il déplore ce que font les toxicomanes de la manière suivante :

> *« Le problème que nous rencontrons souvent c'est qu'avec ces toxicomanes, ils affichent toujours un comportement anormal quand ils sont en hospitalisation, ils vont agiter les autres malades, ils grimpent sur les murs pour aller s'approvisionner en drogue, ils vont se cacher pour prendre des drogues. Le problème majeur c'est que ces toxicomanes viennent pour agiter les autres malades mentaux que nous avons ici ».*

Les propos de ce médecin expliquent comment les patients toxicomanes sèment du désordre au sein du centre. Ils agitent les autres malades et tentent de s'évader pour aller s'approvisionner en drogue. L'agressivité et la violence du malade liées au manque de la drogue peuvent se diriger contre les soignants. L'infirmier interrogé s'exprime comme suit :

> *« Baraba* agressif *ku bandi bagwayi canke kuri twebwe abavuzi. Hari abakubita barya bacunga ku muryango ».*

Ce qui veut dire :

> *« Ils agressent d'autres malades ou nous-mêmes les soignants. Il y en a ceux qui frappent les gardiens des portes de sortie vers l'extérieur ».*

Un toxicomane en état de manque a des comportements qui peuvent perturber tout le groupe (équipe soignante et les clients) et provoquer des réactions de rejet durant tout le séjour de celui-ci. Ainsi, naissent des conflits qui peuvent détériorer la relation soignant-soigné.

5.5. Conclusion du chapitre

La plupart des difficultés évoquées par le personnel soignant sont d'ordre relationnel qui handicape l'action thérapeutique. En effet, l'accueil qu'il convient de réserver aux patients toxicomanes n'est pas le même pour n'importe quel autre patient.

Il est nécessaire pour les soignants d'être très attentifs aux conditions d'accueil compte tenu de la méfiance des patients qui s'installe lors des premiers contacts avec une structure de soin.

Nous pensons en effet, que l'infirmier qui accueillera le malade avec chaleur et bonté, qui l'écoutera avec bienveillance et courtoisie, qui le sécurisera et qui lui expliquera que la confidentialité est garantie, aura de chance d'être compris. Les soignants doivent tenir compte des conditions d'accueil pour mieux se faire comprendre. Cependant, l'organisation des locaux du CNPK rend souvent difficile les conditions de confidentialité. Au-delà de la réalisation du soin technique, la qualité de la relation soignant-soigné est primordiale pour assurer une prise en charge globale. Cette relation permet d'instaurer un climat de confiance. Elle assure une meilleure compréhension des attentes et demandes du client, et permet au thérapeute de déceler la maladie.

D'autres problèmes évoqués sont liés aux difficultés de poser un diagnostic par le simple fait que le CNPK ne dispose pas du matériel pour analyser les examens. Le problème majeur enregistré au cours de l'hospitalisation des patients toxicomanes, c'est que ce sont des patients insociables qui agitent souvent les autres malades mentaux.

CHAPITRE VI : ECUEILS LIES A LA CURE DE DESINTOXICATION DES TOXICOMANES HOSPITALISES

Selon Gaspard NKESHIMANA :

> *« Les conditions de travail d'un ouvrier sont un des facteurs du rendement de sa production dans une entreprise; celles dont on tient compte généralement sont d'ordre matériel, technique et humain. Quand la main d'œuvre n'est pas suffisante, la quantité de production reste maigre au point de ne pas satisfaire la demande du public en consommation. Quand le matériel d'usage fait défaut, la qualité des produits en souffre et on perd sa crédibilité auprès de la clientèle. Ça se passe de la même manière dans toute institution médicale. Sa renommée est acquise grâce à la qualité des services rendus et la satisfaction des demandeurs de soins. Cela ne peut arriver que quand les conditions suscitées sont réunies ».*[1]

Pour les patients toxicomanes, c'est autre chose, nos enquêtés nous ont révélé certaines lacunes soulevées par le personnel soignant lui-même et qui ont un impact sur la cure de désintoxication des patients toxicomanes hospitalisés. Dans ce chapitre nous avons parlé de certains écueils liés au manque de structures spécialisées, du traitement biomédical non adapté, de la non qualification du personnel soignant et de leurs incidences sur la désintoxication des patients toxicomanes.

6.1. Manque de structures spécialisées

La prise en charge institutionnelle des toxicomanes au CNPK est un véritable défi dans la mesure où le centre n'est pas fermé et ne dispose pas des locaux suffisants et appropriés pour hospitaliser les toxicomanes. Ces derniers sont libres à côtoyer d'autres malades et les visiteurs. Les patients rodent autour des fenêtres et demandent à tout passant cent francs. Comme l'hôpital n'est pas fermé, il y a des gens qui viennent avec des stupéfiants et qui les donnent aux patients. Les soignants s'accordent pour dire que les patients toxicomanes consomment des stupéfiants à l'intérieur du centre. Ils le disent en ces termes :

> *« Hari igihe bahendahenda abagwaza baje kurubagurira ariko kenshi n'abagenzi babo bahora barusangira baba baje kubasuhuza barubazanira ».*

C'est-à-dire :

---

[1] NKESHIMANA, G., Etude des difficultés dans la relation thérapeute-malade mental, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B, F.P.S.E, 1993, p. 120.

« Ils manipulent les gardes malades pour leur acheter la drogue mais souvent ce sont leurs amis avec qui ils partageaient la drogue qui leur amènent la drogue quand ils viennent leur rendre visite ».

Ainsi, la non surveillance des visiteurs accroît l'approvisionnement illicite de la drogue dans le service et expose d'autres malades à la consommation des stupéfiants. Cette situation devient un problème majeur pour les soignants de traiter les cas qui continuent à faire les consommations à l'intérieur de l'hôpital.

Le centre d'accueil très étroit oblige d'hospitaliser les toxicomanes avec d'autres malades parce qu'il n'y a pas d'autres solutions. Ce qui cause des soucis au personnel soignant. Voici ce qu'en dit un du personnel soignant :

« Comme vous l'avez constaté on associe des malades qui ont des difficultés différentes et on les met dans un même local ».

Cette insuffisance des locaux a des incidences négatives sur la prise en charge hospitalière des patients toxicomanes. Le suivi de ces derniers devient difficile à réaliser. Dans l'idéal, la prise en charge des patients toxicomanes devrait se faire dans un centre spécialisé permettant de bien réaliser une cure de désintoxication, ce qui est difficile voire impossible au CNPK. Un de nos interviewés, nous raconte combien l'association des patients toxicomanes avec d'autres malades rend difficile l'action thérapeutique :

« Ntibitworohera kubavura bari kumwe n'abandi bagwayi. Kenshi iyo baronse nk'ako kamogi baca bashaka guha ko bagenzi babo. Ingorane duca tugira nuko uwo wundi murwayi yasomye ko aca ashaka ko na we baza baramutumira. Baca baca ku bandi bagwayi bobo batikeka mu gutuma urumogi hanze ».

C'est-à-dire :

« Il nous est difficile de les soigner avec d'autres malades. Souvent, quand ils ont eu de la drogue, ils essaient de donner la drogue à leurs colocateurs. Le problème que nous avons en ce moment, le malade qui a goûté à la drogue veut lui aussi s'en acheter. Ils en passent ainsi à d'autres malades non soupçonnés pour s'approvisionner ».

Mettre ensemble les patients toxicomanes avec d'autres malades rend difficile l'action thérapeutique voire complique les choses. La désintoxication devient pratiquement impossible

et on observe des comportements toxicomaniaques chez d'autres patients. A ce propos voici ce que dit le personnel soignant :

> *« Il y en a ceux qui n'étaient pas des toxicomanes mais qui commencent à avoir la tendance à consommer de la drogue par la contagion du comportement ».*

Le contact permanent des patients toxicomanes avec d'autres malades influence ces derniers à faire usage de la drogue. Cependant, il appartient au personnel soignant de doubler de vigilance pour éradiquer cette pratique bien qu'il dise que ce n'est pas une chose facile de surveiller les toxicomanes. Quand ils parviennent à s'échapper de la vigilance des soignants ils fument.

Le CNPK souffre d'un manque criant des locaux pour hospitaliser tous les malades ayant des troubles psychiatriques venant des quatre coins du Burundi. Cette insuffisance des locaux est un problème sérieux handicapant la guérison des malades. Les patients rentrent souvent sans être totalement remis pour céder la place aux nouveaux venus nécessitant une hospitalisation urgente. A ce propos, un infirmier interrogé s'exprime de la manière suivante :

> *« Kubera tudafise aho tubaraza tubacura kare. Murazi ko CNPK ari centre imwe yakira abafise indwara zo mu mutwe kandi baza ari benshi. Uwugize mitende duca tumucura kugira bashasha baje baronke aho bakika umusaya ».*

Ce qui veut dire :

> *« Nous les faisons rentrer très tôt parce que nous n'avons pas où ils peuvent dormir. Vous savez que le CNPK est le seul centre qui accueille les malades mentaux. En plus ils viennent nombreux. Celui qui s'améliore on le fait rentrer pour que les nouveaux venus trouvent où ils peuvent dormir ».*

Ceci est un handicap pour la prise en charge des patients toxicomanes, qui, après avoir été stabilisés, donnent l'impression d'être « guéris ». Or, la cure de désintoxication est un processus qui nécessite un temps relativement long. Arrêter le processus de désintoxication à mi-chemin conduit à la rechute et tout ce que les soignants auront fait pour le patient sera anéanti. Les cures de désintoxication en une semaine sont illusoires, car elles ne prennent aucunement en compte les causes du problème. Elles sont systématiquement suivies de rechutes, habituellement dans les semaines qui suivent.

6.2. La non qualification du personnel soignant

Définir la maladie, c'est porter un jugement sur un cas, ce qui n'est pas l'une des tâches les plus aisées. Cette difficulté de définir la maladie peut détériorer la relation soignant-soigné. C'est comme dans n'importe quel domaine, des connaissances de base ou spécialisées nous permettent de l'aborder avec adresse et facilité.

En situation médicale, le malade qui raconte ses symptômes au soignant a besoin d'être secouru le plus tôt possible. Mais quand ce dernier exprime son problème, l'écouter avec curiosité sans parvenir à identifier le mal dont il souffre, c'est l'insatisfaction et la déception de sa part. L'action thérapeutique est conditionnée par la compréhension du malade par son thérapeute. Cela nécessite de l'appui venant des notions scientifiques chez le soignant (comment poser les questions et interpréter les réponses dans son ensemble) eu égard à la présentation générale du patient. Notons que le malade et le personnel soignant s'influencent mutuellement. Les techniques psychothérapeutiques dont nous avons parlé dans la première partie et qui sont en usage en psychiatrie sont mises en œuvre par celui qui en connaît les principes et les procédés et qui sait à quels malades elles sont adressées plus directement. Pour Marc Bernard et Ghislain Simon,

> *« La pratique soignante expose le professionnel de santé à des situations émotionnelles dans le face à face avec l'autre, dans la proximité physique du corps de l'autre, dans la souffrance psychique qui déstructure l'être soigné et l'exclut. Ces temps de la réalité humaine du soigné sollicitent le regard du soignant et convoquent son implication sans discrimination ».*[1]

Un lien affectif basé sur la confiance, l'implication, l'acceptation ainsi qu'une grande empathie de la part du thérapeute relie les deux personnes. En effet, le soignant doit être un homme « posé » et « centré », un homme qui comprend les plaintes de son malade. Il est vrai qu'il ne doit pas s'incliner et céder aux sollicitations même fatales du malade, mais il essaie de raisonner et d'expliquer au malade les conséquences qui peuvent se produire à la suite de son attitude. Par des conseils et par une attitude rassurante, tout médecin doit essayer d'user de son savoir-faire et de son savoir-être afin de ne pas amener le patient à perdre confiance en lui.

[1] MARC, B., et SIMON, G., Op. Cit, p. 151.

Pour Jacques LEMAIRE,

> *« Confronté à un problème de toxicomanie, le praticien doit évidemment faire preuve de compétences particulières dans le domaine du savoir, du savoir-faire et du savoir-être. Ses études lui auront fait acquérir des connaissances sur les diverses drogues, les complications médicales qu'elles entraînent, les caractéristiques de l'état de dépendance psychologique et physiologique ou encore comment mettre en œuvre une cure de sevrage ».*[1]

Le traitement d'un patient toxicomane n'est pas un travail d'un profane, il exige des connaissances approfondies en la matière pour pouvoir déceler ce que le patient essaie de cacher, les complications associées à la toxicomanie, les complications médicales ainsi que les différentes drogues consommées dans la communauté et leurs conséquences néfastes sur l'usager et sur son environnement social. Le soignant qui n'est pas bien outillé sera beaucoup moins à l'aise lors de l'entretien avec cet étrange patient toxicomane qui ne veut que fuir l'appartement thérapeutique pour aller s'approvisionner. Il est à signaler que tout thérapeute qui prend en charge un toxicomane doit pouvoir assumer cela, dans le cadre d'une relation soignant-soigné de qualité, C'est-à-dire que le soignant doit faire preuve d'une grande capacité d'empathie, d'écoute, de chaleur humaine, de sympathie qui doit s'associer à la clairvoyance, la fermeté et l'autorité.

La relation d'aide s'établit aussi sur la crédibilité du soignant dans son rôle protecteur à l'égard du patient, qui nous ramène dans une conception plus classique du rapport soignant/soigné. Ce rôle protecteur doit trouver sa juste mesure car la difficulté tient à la tentation de vouloir « guérir » l'autre sans prendre la mesure des obstacles existants et des échecs pouvant survenir.

Pour notre recherche, presque la totalité du personnel infirmier reconnaît que leurs connaissances limitées handicapent certaines de leurs interventions. Voici ce que dit l'un d'entre eux :

> *« Nta bari* qualifiés *muri* toxicologie. *Rimwe turashobora kuronka ama* formation. *Ntabumenyi dufise bukwiye kugira tumuvure. Turamufasha uko dushoboye iyo tubonye atagarutse mu bitaro duca tubona ko twakoze ikintu kinini ».*

[1] LEMAIRE, J., Op. Cit, p. 154.

Ce qui se traduit :

> *« Il n'y a pas des soignants qualifiés en toxicologie, des fois on fait des formations. Nous n'avons pas de connaissances suffisantes pour soigner les toxicomanes. Nous faisons ce que nous pouvons, quand il ne revient pas à l'hôpital nous nous disons que nous avons fait grand-chose ».*

Au CNPK, à part les médecins et le psychologue, presque tous les infirmiers et les infirmières ont reçu une formation médicale en général non orientée vers la santé mentale. Loin de leur prêter de fausses intentions, tout soignant en institution psychiatrique non formé dans ce domaine s'y prendra avec maladresse et tâtonnement. Le seul bon sens ne peut pas suffire. Un minimum de formation est exigé pour permettre au thérapeute d'acquérir des aptitudes et des attitudes tendant à prendre une position plus ou moins précise vis-à-vis des multiples sollicitations du malade.

Les pathologies mentales se présentent sous diverses catégories se distinguant les unes des autres dans beaucoup d'aspects. Pour le personnel soignant du CNPK, presque la majorité pour ne pas dire la totalité des infirmiers affirme n'avoir pas eu de cours de psychiatrie pour comprendre et distinguer les types de pathologies mentales. Le personnel se contente des explications souvent passagères au cours des réunions ou des tours médicaux qu'effectuent les médecins auprès des malades.

En résumé, le personnel infirmier devrait disposer des notions de base en psychopathologie pour comprendre la dynamique du comportement anormal de l'individu dans le but d'adapter les interventions au degré d'affection. Faute de cette arme irremplaçable, la qualité de l'acte thérapeutique en pâtit et la guérison se trouve retardée ou n'est pas du tout réalisée.

6.3. Le traitement biomédical non adapté

Pour François Hervé :

> *« L'intervention médicale a comme but premier de prévenir les dommages créés par l'addiction, puis de prévenir la survenue d'une dépendance. En cas d'échec de la prévention, les traitements médicaux poursuivent deux objectifs concomitants ou successifs. Le traitement des dommages et le traitement de la dépendance ou plutôt l'aide pour s'en extraire.*
>
> *Dans le premier cas, il s'agit de diagnostiquer correctement les complications physiques et/ou psychiques, et de mettre en œuvre les traitements appropriés. Face à*

la dépendance, l'intervention médicale consiste à soutenir le patient dans sa volonté de sortir de l'assujettissement, tout en tenant compte des conditions de réalisation de ce qui représente un profond et vaste changement de sa vie, c'est pourquoi le médecin peut proposer :

- Une aide pour l'arrêt de l'addiction en apportant des moyens d'en atténuer les effets pénibles : ce sont les traitements de sevrage ;

- Des moyens de différer l'état de manque et de déplacer la dépendance sur des médicaments : ce sont les traitements de substitution ».[1]

La prise en charge médicale est très indispensable dans le traitement des patients toxicomanes. Bon nombre de toxicomanes arrivent au CNPK dans un état critique. Il y a ceux qui arrivent avec des blessures et d'autres avec des complications psychiatriques. Les infirmiers soignent leurs blessures et donnent des médicaments pour ceux qui présentent des troubles psychiatriques. Voici les propos d'un de nos enquêtés :

«Tubaha imiti nk'iyo duha abandi barwayi. Imiti tubaha n'imiti kenshi yo ***kubastabiliza*** *kuko usanga ari abantu bashwana, badasinzira batanyoye urumogi, badasinzira batanyoye iryo tabi, turabaha imiti kugira baronke agatiro batanyoye urwo rumogi canke* ***kubastabiliza*** *iryo shavu bafise rihere ».*

Ce qui veut dire :

« Nous leur donnons des médicaments que nous utilisons aussi pour les autres malades. Les médicaments que nous leur donnons sont souvent des médicaments pour les stabiliser parce qu'ils sont agressifs, ils ne dorment pas sans prendre la drogue, ils ne dorment pas sans fumer le tabac. Nous leur donnons des médicaments pour avoir du sommeil et pour stabiliser leur colère ».

L'interruption de l'apport de substance provoque chez le sujet dépendant un état de souffrance plus ou moins prononcé qui s'installe plus ou moins rapidement qui peut dans la suite disparaître. Il est de durée et d'intensités différentes selon les individus, la gravité de la dépendance et la substance en cause.

[1] HERVE, F., Op. Cit, p.84.

Pour Claude OLIEVENSTEIN :

> *« La nuit du désintoxiqué est un cauchemar éveillé et un combat vigile, même s'il est sous calmants. Il ne sait plus comment s'appellent les choses : guérison, normalité, souffrance, désir, mais ces choses innominées s'affrontent avec les monstres de la déchirure, avec tout ce qui avait été par le duo toxicomane-produit ».*[1]

Une thérapeutique biomoléculaire est indispensable pour anesthésier les effets douloureux et aider l'organisme à se réadapter à l'absence du produit dont il était dépendant. En effet, il est très dur pour le patient toxicomane de supporter le manque. Ce véritable accouchement dans la douleur, le patient ne peut le contrôler avec personne. D'où, le rôle irremplaçable d'un thérapeute qui ne soit pas aveuglé par les symptômes de sevrage. Au cours du sevrage, le syndrome de manque se présente de manière différente en fonction du produit concerné. Ainsi, l'administration des médicaments qui ne répondent pas à la pharmacodépendance qui s'est installée chez le patient viendrait aggraver la situation. Cette situation se produit souvent dans des appartements thérapeutiques qui ne disposent pas du matériel pour diagnostiquer le type de pharmacodépendance. Le CNPK n'est pas épargné de cette situation. Le personnel thérapeutique ne dispose pas du matériel pour diagnostiquer les types de drogues consommées. Il se contente des dires des patients, ce qui donne des résultats souvent peu fiables. Le CNPK n'est pas un centre spécialisé pour le traitement des toxicomanes, le personnel soignant utilise les médicaments qu'ils utilisent pour les autres malades pour stabiliser les toxicomanes en état de manque. Ces psychotropes peuvent aggraver la situation ou créer la poly-toxicomanie si les soignants ne font pas attention. Ces psychotropes sont des drogues comme tant d'autres, capables de créer la dépendance. Ils doivent toutefois être utilisés avec précaution pour ne pas engendrer de dépendance. Une attention particulière doit être portée sur la posologie et la dose à donner aux patients. D'après les informations recueillies sur l'internet :

> *« Les médicaments employés correctement améliorent généralement la santé, la qualité de la vie, et même sauve des vies. Mais mal employés, ils peuvent être aussi dangereux que de la drogue. Par exemple, l'abus d'un stimulant expose à une défaillance cardiaque ou à une attaque. D'autres produits ralentissent parfois le rythme respiratoire jusqu'à causer la mort. Un médicament risque également d'avoir une action nocive s'il est associé à d'autres médicaments ou à de l'alcool. Prises en*

[1] OLIEVENSTEIN, C., Op. Cit, p. 26.

quantités excessives ou détournées de leur usage, certaines substances pharmaceutiques agissent sur le cerveau comme les drogues: elles stimulent les centres du plaisir, ce qui risque d'entraîner un besoin maladif de consommer la substance. Mais au lieu de procurer une sensation durable ou d'aider à supporter le quotidien, l'abus de médicaments ne fait qu'aggraver les choses. Il peut augmenter le stress, accentuer la dépression, ruiner la santé, détériorer l'aptitude à vaquer aux occupations courantes, mener à la dépendance ou avoir toutes ces conséquences à la fois ».[1]

Les soignants doivent donc être vigilants car leur action peut elle-même faire apparaître ou entretenir certaines formes d'abus de drogues. Ainsi, en raison d'une information, d'une formation ou d'une incompétence, insuffisantes, certains soignants peuvent être à l'origine de formes d'abus de drogues iatrogènes. Par exemple, des médicaments psychotropes peuvent être administrés à des patients dont l'état clinique ne justifie pas leur emploi, les doses prescrites peuvent être supérieures aux besoins réels et la durée du traitement plus longue qu'il ne faudrait. De plus, par naïveté, négligence ou manque de sens clinique, certains soignants sans même en avoir conscience aident les consommateurs de toxiques prescrits à persister dans leur conduite d'abus. Le personnel est quelquefois entraîné à fournir des substances psychotropes à des individus qui usent de mensonge et de tromperie. La douleur simulée ou exagérée, l'insomnie et les symptômes d'anxiété sont fréquemment utilisés à cette fin. Cependant, le personnel qui travaille dans les services de soins devra faire attention à ce problème ainsi qu'aux conséquences d'une propension à délivrer trop facilement des prescriptions. Le personnel a donc besoin de savoir comment agir dans de telles situations.

Le manque de médicaments de substitution handicape la cure de désintoxication au CNPK et contribue à maintenir la mentalité du toxicomane et accroître la vulnérabilité de celui-ci en favorisant les rechutes. Les soignants s'en plaignent de la manière suivante :

« Kutagira imiti yo kuvura abanyoye ibiyayuramutwe ni ingorane nyamukuru. Twebwe ico dukora tubaha imiti yo ***kubastabilisa*** *n'ama* séances *ya* psychothérapie *menshi. Ivyo kuvuga imiti iri* ***appropriés*** *kuri* toxicomanie *nta yo dufise ».*

C'est-à-dire :

[1] WWW. Watchtower /abus de médicaments. Org 07/05/2010 à 15h 11

« N'avoir pas de médicaments pour soigner les toxicomanes est un problème majeur. En ce qui concerne ce que nous faisons : nous leur donnons des tranquillisants et beaucoup de séances de psychothérapie. Nous n'avons pas de médicaments appropriés à la toxicomanie ».

Faute d'une intervention pharmacologique appropriée, le personnel soignant recourt aux approches psychothérapeutiques. Néanmoins, l'emploi de la pharmacologie ou de la chimiothérapie occupe une place de choix dans la prise en charge des patients toxicomanes et surtout au moment du sevrage. Cette période cruciale pour la vie d'un toxicomane exige des substances pharmaceutiques non nocives qui peuvent remplacer la drogue ou modifier d'une façon ou d'une autre l'action de la substance sur l'organisme et qui éliminent les aspects positifs de l'usage de la drogue ou qui rendent leur usage déplaisant.

6.4. Le refus du traitement biomédical

Comme nous l'avons dit dans les pages précédentes, la plupart des patients toxicomanes n'acceptent pas leur pathologie suite à des raisons diverses entre autre le manque de confiance en toute personne et la mauvaise réputation du centre. Tous ces éléments compliquent la tâche du personnel soignant. Ainsi, le malade refuse les soins de l'infirmier, non pas parce qu'il a pris nécessairement connaissance de son grade et de son incompétence, mais parce qu'il veut montrer aux soignants qu'il n'est pas malade, qu'il est au centre par injustice de la part de sa famille ou de son entourage. Son entêtement contribue à dresser un mur entre les deux partenaires de l'acte médical car les malades n'acceptent plus ou acceptent difficilement les bonnes intentions de l'infirmier. Au lieu de se soumettre et d'accepter les médicaments, ils viennent et les agressent physiquement et verbalement, disent les infirmiers. Le malade qui cause le plus de problèmes au personnel soignant, c'est le malade qui, depuis l'entrée à l'hôpital, n'a jamais accepté qu'il prend de la drogue. Parmi ces toxicomanes on y trouve ceux qui n'ont pas de garde-malade, qui ont été abandonnés par leurs familles. Non seulement ils refusent de prendre des médicaments mais ils causent aussi des dégâts matériels. Ils cassent des vitres et volent des biens d'autres patients. Voici comment l'explicite ce soignant :

« En général, ceux qui ne nous aiment pas, ceux-là qui nous insultent, qui n'ont pas confiance en nous, ce sont ces toxicomanes avérés qui ont été abandonnés par leur famille. Ceux qui ont des garde-malades ne nous causent pas de problèmes. Les garde-malades nous aident à surveiller qu'ils prennent des médicaments et à les

empêcher de faire des dégâts. Ils nous aident aussi à leur expliquer que nous ne sommes pas méchants, que nous sommes ici pour les aider à redevenir « normaux » ».

Très souvent, les toxicomanes avérés nient leur maladie et par conséquent acceptent très difficilement les médicaments. Ce sont eux qui font entrer illégalement la drogue et apprennent à d'autres malades à faire usage de la drogue. La conséquence en est que l'infirmier, constatant que le malade n'investit aucune confiance en lui, perd l'espoir et n'a plus envie de faire des efforts pour la satisfaction du patient. Ces méfiances des patients constituent une barrière à la bonne relation entre l'infirmier et son patient. En effet, il n'est pas aisé de rendre service à quelqu'un qui ne s'y prête pas . D'ailleurs, dans de telles circonstances, on ne peut pas perdre de vue que le pouvoir du remède ne peut s'exercer pleinement qu'à l'issue d'un échange et d'un dialogue. Il faut que le patient puisse transférer sur le remède reçu une partie de la confiance qu'il a envers son soignant. Les infirmiers ont donc raison en partie de croire à l'inutilité de leur action devant les patients qui se méfient d'eux. Ces propos du soignant le témoignent ainsi :

«Barya barwayi ubahaye imiti baca bayinyegeza ntibayinwe. Bobaratubwira « twebwe nta ngorane n'imwe dufise » hari uwushobora kunwa imiti agaca ashira ibinini musi y'ururimi akanwa amazi ukibazako yanyoye imiti ariko atigeze ayinwa. Hariho n'abandi bayidahwa bayinyoye, bagaca bayidahisha ».

Ce qui signifie ceci :

« Ces malades quand tu leur donnes des médicaments, ils les cachent et ne les prennent pas. Ils nous disent « nous, nous n'avons aucun problème ». D'autres font semblant de prendre les médicaments mais en réalité, ils mettent les comprimés sous leur langue et boivent de l'eau. Certains par contre, après avoir pris les médicaments, se font vomir pour les faire sortir ».

Ce témoignage montre le refus exagéré des patients toxicomanes à prendre les médicaments. En effet, tous les médicaments psychiatriques peuvent produire des réactions désagréables et troublantes au moment du sevrage ou de l'arrêt des stupéfiants.

6.5. Conclusion du chapitre

Au CNPK, la surveillance est insuffisante, la cohabitation des patients toxicomanes avec les autres malades mentaux et les promenades dans le corridor permettent aux toxicomanes de se

procurer des substances psycho-actives. Les soignants et les travailleurs devraient doubler de vigilance et fouiller les gens qui entrent surtout ceux qui sont suspectés.

Le sevrage ne peut avoir lieu que dans un hôpital ou dans une clinique avec des gens compétents et avec des médicaments pour limiter les douleurs dues au manque. Malheureusement, au CNPK la majorité des soignants pour ne pas dire la totalité n'a de connaissances suffisantes pour prendre en charge les patients toxicomanes. En ce qui concerne les médicaments, ils ne donnent aux toxicomanes que des tranquillisants pour couper court à l'agressivité. Cette approche n'aide en rien dans la désintoxication des patients toxicomanes dans la mesure où elle entraîne un sevrage brutal avec ses conséquences qui peuvent être négatives. La consommation clandestine des substances psycho-actives par les toxicomanes à l'intérieur de l'hôpital entraîne le refus des soins et l'inutilité des médicaments dans le processus de guérison.

CHAPITRE VII : DIFFICULTES LIEES A LA PSYCHOSOCIOTHERAPIE DES TOXICOMANES

Le traitement de la toxicomanie n'a pas seulement pour but de rendre le patient calme et de stabiliser les problèmes associés à sa toxicomanie, mais c'est un processus thérapeutique qui implique des changements de comportement. En effet, en matière de prise en charge, les besoins des patients toxicomanes ne se limitent pas à l'accès aux médicaments et aux soins médicaux. En outre, ces malades ont besoin d'un soutien psychologique et social. Ce soutien peut réorganiser leur vie et rendre autonome les patients toxicomanes et favoriser ainsi une meilleure intégration dans la société. Cette opération ne s'effectue pas sans embûche, le personnel soignant se heurte souvent à des difficultés diverses liées à la psychosociothérapie de ces patients taxés d' « experts menteurs et manipulateurs ».

7.1. Résistance avérée des toxicomanes au sevrage psychique

Le sevrage d'un patient toxicomane nécessite la combinaison d'un sevrage physique et d'un sevrage psychique. Un seul d'entre eux ne suffit pas pour procéder à un sevrage « total » de ce patient. Pascal LE REST corrobore notre point de vue en soulignant ce qui suit :

> *« Si la personne dépasse la question de la dépendance physique à une drogue, elle ne résoud pas pour autant la dépendance psychologique et risque d'être toujours dépendante psychologiquement, de la même façon qu'elle l'était avant de rompre son rapport à la drogue ».*[1]

Si l'on veut parvenir à une certaine efficience dans les soins prodigués aux toxicomanes, il faut cesser de croire à la toute-puissance du sevrage physique de la drogue et s'atteler davantage à rendre cohérent et complémentaire le couple psyché et soma (esprit et corps).

> *« Contrairement à ce que croient encore bon nombre de médecins béotiens (généralistes ou non) et la plupart des gens peu aux faits du problème, la montagne à franchir, le sommet à atteindre, c'est la désintoxication psychologique qui ne peut se concevoir sans l'aspect physique, d'ailleurs »*[2], affirme Jean-Luc Maxence.

Cependant, la tâche la plus difficile est de conscientiser un toxicomane à abandonner les substances psycho-actives, tâche la plus difficile à réaliser surtout quand le patient est contraint à abandonner les substances quotidiennement prises, qui étaient devenues son mode

---

[1] LE REST, P., Drogues et Société, l'Harmattan, Paris, France, 2001, p. 109.
[2] MAXENCE, J-L., Op.Cit, p.161.

de vie, en lesquelles il avait placé toute sa confiance dans la résolution de ses problèmes. Lorsque la demande d'aide le permet, un programme thérapeutique est élaboré avec le patient. Cela implique la définition des objectifs personnalisés et des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. En l'absence d'un tel projet, le patient, sa famille et les soignants risquent de se trouver sans ligne directrice face à des situations répétitives et décourageantes. Le volontariat est sans doute l'élément le plus important pour décider du bien-fondé de la démarche de sevrage psychologique. Il n'y a pas de raison, pour un thérapeute, de tenter de soigner le patient contre son gré.

7.1.1. La contrainte dans la relation thérapeutique

La notion d'obligation de soins enlève toute liberté de choix et de volontariat. La pratique le prouve, les sevrages forcés ont simplement des effets immédiats sur les toxicomanes, qui, une fois, leur liberté retrouvée, vont rechuter. Même si la réussite du sevrage est visible dans la semaine qui suit l'arrêt du produit, les suites sont très souvent décevantes, le manque de motivation dans l'arrêt de la toxicomanie étant la cause principale des rechutes. Pour François LAUTIER :

> *« Il est bon de répéter que le toxicomane s'adresse souvent aux structures de soins lors des crises dans sa relation avec son produit, difficultés judiciaires, familiales, économiques ou d'approvisionnement. Ceci est d'autant plus vrai que nous recevons des intoxiqués confirmés, ayant depuis des années une pratique quotidienne ».*[1]

Les exemples précédents montrent que les soignants entament les soins avec cette conscience de leur caractère aléatoire, soumis à cette menace relationnelle, venue d'un tiers extérieur inconnu. A tout moment leurs efforts peuvent être annihilés. Un psychologue du CNPK le souligne dans ces mots :

> *« Il faut savoir que la prise en charge des toxicomanes est une opération très difficile à réaliser. Il faut d'abord une volonté manifeste de la part du patient lui-même qui doit comprendre les méfaits de la consommation des substances psycho-actives ».*

La décision ne peut durer dans le temps que si elle est fondée sur une conviction personnelle qui permet de trouver en soi l'énergie et la volonté nécessaires. Il est donc bon de se formuler à soi-même les raisons qui poussent à arrêter. Le corps médical reste convaincu qu'un

[1] LAUTIER, F., Op. Cit, p. 71.

traitement ne peut réussir que s'il recueille l'adhésion du patient. Anne BIADI corrobore ce point de vue en soulignant ce qui suit :

> *« Aucune thérapeutique ne peut s'appliquer si le sujet ne le désire pas, qu'elle soit médicale ou psychanalytique ».*[1]

L'adhésion aux soins est bien l'élément central de tout acte thérapeutique. Pour l'injonction thérapeutique comme pour l'obligation de soins, l'usager de drogues doit donner son accord. L'ensemble des professionnels a coutume d'attribuer à ce dernier peu de valeur, parce qu'il s'inscrit dans un contexte où le choix (soins ou poursuites judiciaires) n'offre pas les moyens d'une réelle motivation. Cependant, que l'accord soit pris au sérieux ou non, c'est malgré tout implicitement sur cet accord qui tient lieu de demande que se construit le « contrat thérapeutique ». La bonne volonté, les efforts consentis et l'ouverture d'esprit seraient ainsi déterminants. Le rôle du patient est une conditionnalité pour que se constitue une bonne alliance thérapeutique. Le désir des patients de changer et la bonne volonté avec laquelle ils acceptent les objectifs du traitement favorisent l'élaboration d'un solide contrat thérapeutique avec le personnel soignant.

Lorsque la contrainte est acceptée par le malade, celui-ci devient un demandeur de soins. C'est le malade qui décide pour des motifs qui lui sont propres, d'aller consulter un médecin. Le malade devient actif et le médecin fait le diagnostic c'est-à-dire qu'il va nommer la maladie et lui donner du sens. Cependant, dans de nombreux cas, ces conditions favorables n'existent pas. Certains sujets refusent d'admettre le caractère dangereux de leurs pratiques. D'autres comprennent la nécessité d'un changement mais préfèrent continuer à consommer des drogues à cause des sensations agréables que cela leur procure. D'autres encore ne croient pas que les problèmes associés à la drogue puissent être réglés par une thérapie.

7.1.2. La gravité de dépendance

Ce point est important comme le souligne François Hervé :

> *« Une dépendance aux opiacés s'installe en général progressivement et s'inscrit sur un temps souvent prolongé, au cœur et au plus profond de l'existence. S'en extraire ne peut donc se faire rapidement et nécessite du temps ».*[2]

---

[1] BIADI, A., Relation thérapeutique et « soins obligés » en toxicomanie, Bruxelles, De Boeck Université, 2001, p. 10.

[2] HERVE, F., Op. Cit, p. 171.

Il semble préférable que le médecin et les soignants, pour peu qu'ils soient suffisamment proches du patient, respectent le temps de leur patient et l'évolution de leur demande. L'ancienneté et la gravité de dépendance rend le sevrage difficile. Voici comment l'exprime un des docteurs du CNPK :

> *« Un patient qui a pris de drogues pendant plusieurs années ce n'est pas comme celui qui vient de commencer. Il est déjà dépendant; c'est difficile de le faire changer. On va essayer plusieurs séances pour arriver à le convaincre que ce n'est pas un bon comportement sinon pour celui qui vient de commencer lui-même il va comprendre qu'il y a un ça ne va pas. Donc, ça dépendant des années ou de la période qu'il a pris ces drogues ».*

La question de désintoxication dépend de l'état du patient en général. Donc, on introduit une cure de désintoxication systématiquement. Il y a des patients qui nécessitent un temps relativement long pour leur cure et d'autres qui ne nécessitent pas un temps très long, qui nécessitent de simples conseils pour abandonner. Cela dépend de la gravité de la dépendance. Si le sujet est trop dépendant, on doit fournir beaucoup d'efforts dans le cas contraire on utilise moins d'efforts. Pour certains patients, l'arrêt de la drogue ne semble même pas envisageable. Un soignant interrogé le dit en ces termes :

> *« On a constaté que d'après l'expérience, il y a des malades chroniques qui ne peuvent jamais penser à arrêter et ce sont ces patients qui nous reviennent le plus souvent. Il y en a qui nous disent « je préfère aller à MPIMBA au lieu d'arrêter ». Ce sont des patients qui rentrent et après un mois, deux mois, ils reviennent en hospitalisation ».*

Face à ces personnes, il n'y a pas de solution miracle, les soignants ne font que les stabiliser. Pour le Docteur Erlenmeyer,

> *« La première condition du succès, c'est que le malade soit résolument et fermement décidé à échapper à son esclavage. Tant qu'il ne souhaite pas son propre changement, tant qu'il ne s'en remet pas sans la moindre réserve aux mains du médecin, ce dernier reste impuissant. Le traitement doit être volontaire ».*[1]

[1] LE REST, P., Op. Cit, p. 171.

y retourner parce que la famille et l'entourage ne le comprennent pas. Ça va toujours causer des problèmes ».

Le rôle de la famille ou de l'entourage reste incontournable dans le suivi du patient toxicomane surtout dans la période post-hospitalisation. La famille devrait alors collaborer avec les thérapeutes pour qu'ils lui expliquent la place qu'elle doit occuper après l'hospitalisation du patient et comment les membres de la famille devraient se comporter à l'égard du patient pour éviter les rechutes. La façon de le faire est la suivante : dit le psychologue du CNPK.

« Dans ces séances de psychothérapie systémique on invite les membres de la famille, le père ou la mère ou les deux à la fois. Le constat est qu'il y a l'incompréhension. Il y a des familles qui ne comprennent pas le comportement d'un toxicomane. La première chose est de convaincre ou de faire comprendre à la famille que c'est une situation qui peut arriver une fois que la personne a consommé ces substances. On insiste à dire qu'une fois qu'il a posé un comportement bizarre en frappant par exemple un membre de la famille on essaie d'expliquer à la famille que c'est normal. Il y a des familles qui ont peur de ces gens là et qui créent des réticences. On essaie d'expliquer à la famille que ce sont des réalités qui peuvent arriver que c'est dû justement à la maladie que le patient n'était pas égal à lui-même au moment où il a posé ce comportement. Donc, il y avait d'autres éléments substantiels qui s'étaient déversés dans le sang et qui ont poussé le patient à poser un comportement anormal. Comme ça on amène les membres de la famille à comprendre le patient pour pouvoir l'aider ».

La thérapie familiale permet aux membres de la famille d'exprimer ce qui ne va pas, d'identifier les causes et de préciser leurs besoins. Il est donc regrettable, voire déplorable, de constater qu'il y a des familles qui ne répondent pas à l'invitation des soignants pour comprendre le mal qui détruit leurs enfants et apprendre comment sauver ceux qui en souffrent ou améliorer l'état de santé des convalescents. C'est absurde de faire sourde oreille à l'invitation des soignants parce que quoi qu'il en soit le patient ne doit pas s'éterniser à l'hôpital. Il doit rentrer à la maison. Souvent, quand il rentre à la maison, il rechute ou cause des dégâts importants parce qu'il a vu que personne ne s'intéresse à lui, que tout le monde le hait. Souvent, il quitte le toit paternel et préfère aller vivre avec ses camarades avec qui il partage la came. Le rôle des proches du malade est thérapeutique, le patient se sent entouré et soutenu dans ce processus de guérison. Cependant, la mentalité burundaise ne favorise pas la

prise en charge du toxicomane. Celui-ci est perçu comme un criminel, qu'on doit éviter, fuir et dénoncer à la police pour le mettre en prison. Il est un danger public.

7.3. Les barrières culturelles et la rechute du toxicomane

S'il y a une drogue qui caractérise la société burundaise, c'est le vin de banane. Ce qui est intéressant avec cette drogue nationale, c'est notre manière de concevoir ce produit de sorte qu'il ne s'associe pas à une drogue. Au-delà de ses effets enivrants, le vin de banane joue un rôle social dans la vie des Burundais et, au lieu de considérer cette boisson comme source de problèmes, ses buveurs trouvent plutôt qu'elle les aide à entretenir de bonnes relations interpersonnelles. C'est la boisson des moments de fête et en cela, le vin de banane véhicule l'image de la réunion, non pas celle de la désunion. Lors des événements heureux (naissance, baptême, communion, dot, mariage, levée de voile) ou malheureux (cas de décès, des visites de condoléances, affaires en justice...), il y a chaque fois présence des boissons alcoolisées. Les circonstances moins événementielles sont aussi occasions de cette consommation. La bière doit toujours être au centre de telles rencontres, la tradition burundaise nous apprend que *« ubunyegeri buyagira kw'igufa »* pour dire que, *« c'est autour d'un verre que les gens aiment souvent échanger »*. A chaque catégorie sociale correspond un type de boisson alcoolisée. La bière indigène pour les moins nantis, l'Amstel et la Primus pour la classe moyenne et les vins, les liqueurs pour la classe aisée.

La consommation des boissons alcoolisées est aujourd'hui banalisée et accessible à la grande majorité de la population. Quoi qu'il en soit, aucune famille ne peut se passer, tout un mois durant, d'une boisson alcoolisée sauf les familles complètement abstinentes ou démunies. Il existe des facteurs socioculturels qui favorisent les habitudes d'alcoolisation, leur rôle est considérable et ils ont une importance capitale dans l'entretien des relations interpersonnelles. Ses effets désinhibiteurs sont susceptibles de provoquer le rire et la joie. A propos de l'alcool, le docteur Maury écrit ce qui suit :

> *« L'ingestion raisonnable d'un vin honnête, correctement choisi et adapté à votre cas, ne peut que produire des effets heureux. Un régime trop sévère risquerait, en effet, de priver votre tube digestif de sa faculté normale de secréter les ferments indispensables à une bonne digestion et à une parfaite assimilation; il pourrait vous conduire à la neurasthénie et à la dépression ».*[1]

[1] LE REST, P., Op. Cit, p. 42.

Le vin est une drogue particulière, celle dont l'usage n'a pas de questions, l'excès mis à part. L'excès n'est problématique que s'il est question de rouler après avoir trop bu. Cela montre à quel point l'usage n'est pas inquiétant. Dans notre société, le vin de banane est un produit tellement culturel que les pratiques de ce produit deviennent naturelles. En effet, dans certains milieux et en zones rurales notamment, si l'on n'est pas consommateur de boisson, on n'est pas un homme. Parlant de la consommation des drogues, cet enquêté souligne que :

> *« La mentalité burundaise ne favorise pas la prise en charge du toxicomane parce qu'au Burundi, on ne s'aperçoit que la dangerosité des substances psycho-actives trop tard. Fumer devient de plus en plus un signe de maturité ».*

Cette mentalité ne favorise pas la prise en charge des toxicomanes après l'hospitalisation. Il est souvent à la base des rechutes dans la mesure où dès que le patient quitte l'hôpital, il continue à consommer l'alcool et à fumer. Fumer le tabac ou boire de l'alcool ne constitue pas un danger pour la vie de l'individu ou pour le bien-être de l'usager ou de son entourage. Les toxicomanes qui réintègrent un environnement où on fait un usage abusif de ces substances ont vraisemblablement plus de difficultés à se contrôler, à rester sobres ou sans drogues. Ainsi, la résistance à la consommation de l'alcool est loin de rencontrer l'assentiment d'un patient convalescent car il n'y voit pas d'inconvénient.

L'alcool est la drogue la plus répandue, elle jouit de représentations collectives positives et celui qui la consomme est consideré comme un bon vivant, l'abstinent fait figure de trouble-fête. Dans le cercle des adolescents ou des post-adolescents, la consommation de l'alcool peut être un moyen pour se distinguer et d'apparaître autre ou pour être reconnu par les autres comme gravissant les marches vers l'âge adulte. Cependant, la consommation excessive de l'alcool renvoie à la question de la violence car les effets secondaires confrontent l'usager à des violences sur lui-même ou sur les autres. Pour LE REST:

> *« Depuis que le professeur Roque a associé, dans le tableau des dangerosités des produits, l'alcool au coté de l'héroïne et de la cocaïne, l'alcool est clairement identifié comme étant une drogue aussi néfaste que l'héroïne et la cocaïne. Or, on ne dit pas d'une personne qui consomme beaucoup d'alcool, qu'elle est toxicomane. On pourra dire qu'elle est alcoolique. Cela dépend de son statut social ».*[1]

[1] LE REST, P., Op. Cit, p. 84.

Il est important que le patient soit actif dans la démarche thérapeutique sinon le thérapeute peut parler et reparler et le patient fait semblant d'écouter et de comprendre alors qu'en réalité, il ne l'écoute pas. Il attend qu'il sorte de son cabinet pour fumer. Jacques LEMAIRE le confirme à partir du cas qu'il a interrogé dans son cabinet.

> *« J'ai perdu toute confiance en moi et en autrui. Je ne suis plus capable de rien. Je ne travaille plus, je ne veux plus rien faire. Je mens, à moi-même et à tout le monde. Je dis vouloir décrocher; dans l'instant où je l'exprime, je suis sincère; une minute après, si on me propose de la came je vais courir vers une nouvelle « défonce ». Et quand je souffre trop de ne plus m'estimer, je me « défonce » encore pour tout oublier. Et alors tant mieux si j'en meurs enfin ».*[1]

Chez les toxicomanes avérés ayant souffert de dépendance continue ou discontinue aux opiacés pendant très longtemps il n'est pas facile de retourner à un usage modéré ou abandonner définitivement la drogue. Ils ne voient pas que les produits toxiques qu'ils consomment détruisent leur corps et leur esprit. Au contraire, ils brandissent les effets agréables que la drogue leur procure. En effet, dans la maladie de dépendance, le déni entraîne un rétrécissement de la perception de la réalité, phénomène caractérisé par le fait que la personne affectée nie les conséquences négatives de sa consommation. En conséquence, les personnes dépendantes ont de la peine à admettre que leur vie devient de plus en plus chaotique suite aux pertes de contrôle de leur comportement, et qu'elles ont progressivement perdu la liberté de s'abstenir. Ce sont des patients qui sont dans des rechutes répétitives. Ces patients si décourageants fatiguent trop le corps médical et leur entourage familial.

7.2. Désengagement familial dans le suivi des toxicomanes

La dynamique du processus thérapeutique ne se réduit pas aux échanges relationnels entre soignant et soigné, mais elle inscrit ces deux personnes dans un champ d'interrelations plus vastes qui va dégager des rapports de complémentarité. En effet, l'échange singulier entre un demandeur de soins et un thérapeute ne peut être isolé du contexte social qui permet cette rencontre et lui donne du sens. Les maladies sont inséparables de la société qui les définit et les nomme et il en est de même pour les techniques thérapeutiques.

Après avoir organisé quelques séances de psychothérapie individualisée, le thérapeute peut constater qu'il est nécessaire d'associer un parent ou un membre de la famille pour que la

[1] LEMAIRE, J., Op. Cit, p. 173.

prise en charge puisse être efficace. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, la toxicomanie est un symptôme qu'on ne peut comprendre qu'en le rapportant au contexte, responsable de son apparition comme de sa persistance.

La famille peut contribuer dans l'apparition de ce mal et à l'entretien de ce dernier. Si la toxicomanie est le miroir du disfonctionnement familial, l'intervention thérapeutique ne doit seulement pas viser le sujet malade pris isolement mais tout le système familial est invité à adhérer dans le traitement parce que c'est toute la famille qui souffre. Ce traitement n'implique pas la participation de tous les membres de la famille; une seule personne ou un groupe restreint de la famille suffit pour recoudre la déchirure familiale. La guérison ne pourrait survenir qu'avec la transformation du système familial.

La prise en charge médicopsychosociale des toxicomanes est un véritable défi au CNPK dans ce sens que les familles ont tendance à s'en débarrasser en les abandonnant en hospitalisation. Voici les propos du psychologue du CNPK vis-à-vis de cette situation :

> *« Des fois il y a des familles qui ne répondent pas à l'invitation. On les appelle et elles ne viennent pas. Si une fois la famille s'est désengagée dans la prise en charge, vous comprenez que c'est une difficulté majeure. Il y a des familles qu'on invite, ils nous disent bon nous allons venir mais on attend, on attend ils ne viennent pas. C'est ça le problème ».*

Les toxicomanes sont des malades qui causent beaucoup de problèmes en famille. Les membres de celle-ci les amènent en hospitalisation parce qu'ils sont fatigués. Une fois hospitalisés, le plus souvent, ils les laissent au CNPK et partent, et on ne les revoit plus. Ça cause beaucoup de problèmes au personnel soignant parce que même si le patient se stabilise, si ils ne savent pas qui viendra le prendre comment il sera pris en charge à la maison, c'est toujours un problème pour un meilleur suivi. Pour le docteur interrogé, l'entourage familial est indispensable dans le meilleur suivi de son patient. Voici comment il l'explique :

> *« Après la période qu'on a décidé pour hospitalisation, il faut qu'il y ait un encadrement pour la meilleure continuité des médicaments ou bien pour les empêcher de retourner dans la rue ou retourner là où ils ont appris à prendre ces drogues. Donc, on devrait les encadrer chaque jour jusqu'à ce qu'ils comprennent que c'est un problème sérieux et qu'ils abandonnent complètement. Sinon vous pouvez l'encadrer en hospitalisation, il accepte qu'il va abandonner mais arrivé à la maison il va encore*

On ne dira pas d'une personne qui consomme beaucoup d'alcool et qui présente des symptômes manifestes de dépendance, qu'elle est alcoolique, si elle a un rôle social important, on justifiera sa consommation d'alcool. La dimension sociale de cette personne l'emportera sur sa situation individuelle et l'alcoolisation sera excusée. Le toxicomane est un personnage qui existe dans notre environnement et que nous réduisons volontairement à une dimension négligeable. La négligence des toxicomanes dresse une barrière dans l'assistance des patients toxicomanes et dans le rétablissement de ces derniers. Voici ce qu'en dit cet enquêté :

> *« La mentalité burundaise ne favorise pas la prise en charge des toxicomanes car les toxicomanes sont mal compris par la société burundaise ».*

La période post-désintoxication est une période cruciale pour la vie d'un toxicomane car il a rompu avec la drogue qui lui était remède à tous ses problèmes. En cela, l'entourage familial ou socioprofessionnel devrait l'aider à éviter autant que possible la reconsommation de la drogue. Au lieu de l'encadrer, de le supporter et de le comprendre, bien des familles l'abandonnent et est souvent exclu de son travail. L'absence de soutien moral de la part des proches du toxicomane sape tout ce que le corps médical a construit durant l'hospitalisation et entraîne l'ancien toxicomane dans ses anciennes habitudes. On sait que, plus on néglige un toxicomane, plus il se défonce davantage et entraîne les autres à suivre son mode de vie.

7.4. Conclusion du chapitre

La psychothérapie est une technique essentielle et fondamentale dans la prise en charge des patients toxicomanes. Elle doit être associée avec le traitement médicamenteux et même être poursuivie après le traitement. Cette méthode a l'avantage de ne pas s'en tenir à une impression générale sur le sujet, mais d'étudier analytiquement avec un grand soin les facteurs qui sont à l'origine de la toxicomanie du patient et de les briser afin d'engager progressivement le patient dans d'autres activités que la prise des drogues. Cependant, il faut comme le dit F.CHABRE que le malade s'implique.

> *« Le principe de base indispensable au succès d'une cure de désintoxication est la reconnaissance par le malade de son intoxication ».*[1]

[1] CHABRE, F., L'alcoolisme : cure de désintoxication, cure de dégoût et d'interdiction, Toulon, Laboratoires Chabre, 1974, p. 83.

Il n'existe pas de traitement de désintoxication fiable d'un sujet à l'insu de celui-ci. En effet, il faut que le malade arrive à reconnaître qu'il consomme trop d'alcool ou de la drogue et que cette alcoolomanie ou pharmacodépendance nuit aussi bien à lui-même, à son entourage qu'à la société toute entière. La confiance doit être de règle entre le malade alcoolique et le médecin ou l'assistant social.

L'inclusion de la famille dans le processus de la prise en charge des patients toxicomanes contribue beaucoup dans le processus de guérison du patient et permet de recoudre la déchirure familiale. Malheureusement, le personnel soignant se heurte souvent à la passivité familiale qui ne répond pas à son invitation. La non-collaboration de la famille dans la démarche thérapeutique des patients constitue une difficulté majeure dans le suivi des toxicodépendants. Le fait d'informer la famille de la pharmacodépendance ou de l'alcoolisme peut être très efficace. Plus les membres de la famille sont conscients du danger, plus ils seront en mesure de comprendre un proche en difficulté et de décider comment faire face à la situation. Il est utile pour la famille de savoir que la toxicomanie peut être soignée et que les rechutes sont possibles, notamment au début d'un traitement.

Comme nous l'avons vu, la mentalité burundaise contribue à la rechute des patients toxicomanes. Les éloges qu'on donne à l'alcool et au tabac montrent à quel point, il est facile pour le toxicomane qui vient de sortir de l'hôpital de retomber dans les anciennes habitudes. De plus, dans la société burundaise, le toxicomane est vu de mauvaise œil. Au lieu de le soutenir et de l'encadrer il est souvent rejeté et/ou abandonné par sa famille. Il n'est plus considéré comme les autres membres de la famille. On le fuit et il est toujours soupçonné. Il est donc indispensable de faire une sensibilisation communautaire pour changer la mentalité de la population.

CHAPITRE VIII: STRATEGIES ADOPTEES POUR LA READAPTATION SOCIALE DES TOXICOMANES

Il est important que tout le monde apprenne à reconnaître que le toxicomane est un malade. A partir du moment où l'on considère le toxicomane comme un malade, pourquoi ne pas faire pour lui ce que l'on fait pour les autres? Mettre le toxicomane en prison ne sert en rien et conduit la plupart du temps à des rechutes et à la récidive. Ce qu'il faut changer c'est le regard sur la toxicomanie. Tant qu'il ne sera pas clair et net que le toxicomane est d'abord un malade, on n'arrivera pas à faire bouger les choses. A cet effet, l'aide au toxicomane devra inclure non seulement une désintoxication, mais aussi une réadaptation sociale pour une reprise d'autonomie et d'épanouissement qui doivent s'affirmer en dehors de toute prise de drogue. Cette réadaptation sera effective quand les familles et toute la communauté changeront leur mentalité. Ce changement d'attitudes et de comportement ne peut se faire que si le gouvernement et les agents de santé communautaire se lèvent et mener des campagnes de sensibilisation communautaire sur la toxicomanie.

Au cours du présent chapitre nous allons développer les différentes stratégies pour sensibiliser la population sur la façon de se conduire à l'endroit du toxicomane.

8.1. Attitudes de la famille face à l'ex-toxicomane

La qualité de l'environnement est primordiale à la sortie du toxicomane de l'hôpital. On ne peut raisonnablement envisager d'accompagnement psychologique pour une personne qui ne sait ni où dormir, ni comment se nourrir. La construction d'un environnement favorable est donc une priorité de l'après sevrage. Une attention particulière doit donc être portée à la façon dont la famille accepte ou rejette l'ex-toxicomane. Pour une meilleure réadaptation, l'environnement familial doit être suffisamment contenant et sécurisant afin de limiter les situations tant d'ennui que de stress qui, potentiellement, conduisent aux ré-intoxications. Cependant, le principal handicap auquel les ex-toxicomanes doivent faire face est qu'ils sont mal considérés socialement et font l'objet des attitudes de rejet. Cette mauvaise considération au sein de leur propre famille et au sein de la société explique en partie pourquoi les anciens toxicomanes développent des attitudes d'isolement et de désarroi. Pour Maurice TIERCE :

> *« 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 ».[1]

Dans un premier temps, il faut apprendre à la famille à ne pas marginaliser le toxicomane convalescent et éviter des mots qui le blessent et qui risquent de pousser la personne à se marginaliser encore plus. L'entourage familial doit l'accepter telle qu'elle est et être présent quand elle fait face à ses peurs et ses angoisses, lui faire aimer la vie en lui proposant des activités sportives ou autres, qui pourraient l'amener à découvrir d'autres personnes qui ne sont pas dans le cercle des toxicomanes. Ayant repris la conscience, elle peut enfin s'installer dans un nouveau milieu de personnes plus « raisonnables ». C'est à ce moment qu'il faut lui suggérer de couper les ponts avec les mauvaises compagnies qui risqueraient de la remettre dans son ancien groupe.

Souvent, quand on est toxicomane, on se retrouve seul face à ce problème. C'est la solitude, le désarroi. A un certain moment, l'entourage et même la famille lui tournent délibérément le dos. Cependant, pour notre enquêté,

« L'attitude de l'entourage familial est de ne pas abandonner le toxicodépendant plutôt lui donner des conseils pour l'aider à abandonner ».

Les propos de cet enquêté laissent entendre que pour une meilleure réadaptation sociale, les membres de la famille de l'ex-toxicomane devraient être à ses cotés et lui montrer les méfaits de la drogue. En effet, l'exclusion et la marginalisation des anciens toxicomanes contribuent à la rechute de ces derniers car 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. A ce niveau un autre enquêté, nous dit ce que la famille devrait faire face à un ancien toxicomane de la manière suivante :

« Uko ndabibona jewe muri rusangi ni uko umuvyeyi canke ahaba boguma bamwiyegereza bakamuha urukundo, bakamuha ivyo abasavye, ntibamwigize inyuma y'abandi ».

Ce qui veut dire :

[1] TIERCE, M., Guide de formation personnelle, DAMMARIE-LES-LYS, Ed.S.D.T, 1976, p. 67.

> *« Ce que je vois de façon générale, les parents ou l'entourage familial devraient s'approcher de lui en l'entourant d'amour, en lui donnant ce dont il a besoin sans le mettre à l'écart ».*

Les parents doivent l'aider à se rétablir, autrement dit, être présents et l'aimer. Le soutien est quelque chose de très important. Il peut contribuer à soulager la souffrance, à ne pas se sentir marginalisé. Ainsi l'ex-toxicomane peut se considérer comme les autres, ne pas s'isoler, etc. C'est important pour quelqu'un de ne pas se sentir seul, de vivre dans un environnement qui le comprend et qui le soutient. Le contraire c'est vivre dans l'enfer. L'acceptation du toxicomane est une étape importante dans la vie du toxicomane. Elle peut permettre au jeune de renouer avec son milieu familial qu'il a quelquefois lâché, et ainsi de retrouver confiance en lui-même et en son entourage.

Les problèmes que rencontrent les anciens toxicomanes ne se situent pas seulement au niveau de la famille mais aussi au niveau de leur entourage. Il est donc très important de sensibiliser l'entourage sur la manière de se porter face à l'ancien toxicomane.

8.2. Attitudes de l'entourage face à l'ex-toxicomane

Au-delà de l'hébergement, l'entourage doit être aussi un cadre relationnel, permettant de renouer de liens, retrouver une assise sociale et suffisamment de sécurité et d'assurance personnelle. Pour Thaddée NKESHIMANA,

> *« 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 ».*[1]

Cela montre que 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.

---

[1] NKESHIMANA, T., Op. Cit, p. 57.

Selon un enquêté :

> *« L'attitude de l'entourage devrait être celle de l'encadrer, le supporter et le comprendre ».*

La population devrait savoir que le toxicomane est un être comme les autres, il est malade mais il faut qu'on l'aime, qu'on l'intègre dans sa société. C'est en effet, quelque chose de constructif, qui fait aussi bouger la représentation de la toxicomanie. Ce qu'il faut apprendre, c'est accepter que le toxicomane peut changer et non refuser qu'il ne peut pas changer. Ce n'est pas facile de vivre le regard des autres. On sait que le regard des autres a un grand impact sur l'image de soi. C'est pour cela que l'entourage devrait toujours être près de l'ex-toxicomane pour le réconforter et de lui témoigner de l'affection parce que quand on est seul face à un grave problème qu'est la toxicomanie, c'est très pénible. En effet, les professionnels traitants savent que le risque de rechute est toujours réel peu importe le moment de la vie de la personne et encore plus lorsque des pressions s'annoncent sur l'individu en question. Les gens ont des préjugés envers les anciens toxicomanes, ils ne pensent jamais que le toxicomane peut changer et devenir comme les autres et fonctionner normalement en société. Ils gardent toujours l'image du toxicomane d'avant qu'il ne soit sous traitement. Ils ne pensent pas qu'il peut abandonner les anciennes habitudes et redevenir normal. Il faut qu'on sache qu'un alcoolique n'est pas un robineux ou un toxicomane n'est pas nécessairement quelqu'un qui ne peut fonctionner en société sur le bord de la rue avec une bouteille dans la main ou avec du tabac sur la bouche ou encore avec de la drogue dans les pochettes. Il faut plutôt reconnaître que le toxicomane est un malade, qui une fois a suivi le traitement convenablement avec le soutien de son entourage immédiat et toute la communauté peut guérir et servir sa communauté même dans la lutte contre la toxicomanie.

Dans son entourage, le toxicomane est souvent considéré comme un délinquant, c'est très pénible pour la famille et pour lui-même. Pour eux, c'est un délinquant à éviter et à fuir. C'est un problème très sérieux pour un toxicomane qui vient de sortir de l'hôpital, qui a besoin de se faire comprendre, pardonner et être soutenu dans la voie nouvelle. En effet, certains Burundais considèrent le toxicomane comme un « asocial » qu'il faut éviter. Cette attitude enfonce davantage l'ancien toxicomane dans son isolement et ne facilite pas le processus de réadaptation sociale qu'il faut réserver aux anciens toxicomanes. La population devrait aussi savoir que la réinsertion professionnelle des toxicomanes est capitale pour leur bonne

insertion sociale et leur évite de retomber dans les anciennes habitudes. Voici ce qu'il dit un enquêté :

> *« Il faut que ces jeunes soient encadrés, qu'ils aillent à l'école. Il faut qu'après leurs études, ils trouvent un travail approprié comme ça on évitera des chômages, d'autres problèmes qui peuvent les amener à prendre des drogues ».*

Cela montre qu'en plus de l'encadrement des anciens toxicomanes, la réinsertion professionnelle est un élément essentiel pour leur permettre d'adopter et de conserver un style de vie sans drogue. Bref, la réinsertion professionnelle joue un rôle important dans le rétablissement du toxicomane. Toutefois, le manque de confiance et la suspicion que certaines personnes ont envers les anciens toxicomanes font que ces derniers ne trouvent pas facilement du travail.

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. Il faut que l'entourage et toute la communauté s'adaptent et modifient leur comportement et adoptent des attitudes positives appropriées à la circonstance.

8.3. La sensibilisation du public

La sensibilisation du public doit viser deux objectifs pour informer les responsables du pouvoir public, les familles et les usagers potentiels ou déjà dépendants sur les dangers de l'abus des substances psycho-actives et moyens qui existent pour aider les toxicomanes. Pour l'OMS,

> *« Le premier objectif consiste à sensibiliser davantage les gens à l'abus de la drogue et de l'alcool. Les personnalités clés doivent être informées de l'étendue et de la gravité du préjudice que peuvent subir l'individu, la famille et la communauté. Une fois que les gens ont compris le problème, ils auront davantage tendance à intervenir pour éviter que les cas ne se présentent, à favoriser un dépistage précoce et à aider les personnes qui suivent un traitement. Le second objectif consiste à faciliter l'action de la communauté pour lutter contre l'abus de la drogue et de l'alcool et leurs effets nocifs. Il s'agit de rendre les drogues moins facilement disponibles, de modifier les attitudes à l'égard de l'abus de l'alcool ou de la drogue, de mettre sur pied des*

groupes d'auto-assistance et d'informer les toxicomanes, les buveurs et leurs familles des moyens qui existent pour les aider ».[1]

Le fait d'informer les responsables du pouvoir public, les familles de la pharmacodépendance ou de l'alcoolisme peut être très efficace dans la prévention et de l'accompagnement des ex-toxicomanes. Les responsables, les membres de la famille sont conscients du danger, plus ils seront en mesure de comprendre la gravité du problème et de décider comment faire face à la situation. Il est donc indispensable de mener une campagne de sensibilisation pour alerter la communauté sur les risques encourus par la commercialisation et la consommation des drogues. Pour un enquêté,

« Dans le processus de sensibilisation, il faut des émissions radiodiffusées et télévisées pour expliquer à la population les méfaits de la drogue ».

Cela laisse entendre que cette façon de faire vise à conscientiser les auditeurs et téléspectateurs sur les méfaits des substances psycho-actives. Bon nombre de personnes ignorent les effets nocifs de la drogue et de l'alcool. L'information du grand public est utile et contribue à forger des connaissances et des représentations communes sur les substances psycho-actives. Cet extrait tiré d'un document publié par l'OMS est très éloquent.

« Nous rappelons qu'il n'y a pas d'action ou d'approche unique qui peut efficacement faire face à la complexité du phénomène de l'usage inapproprié de substances psychotropes. Dans une perspective globale de promotion de la santé, il faut préserver les acquis dans la population et cibler les groupes les plus vulnérables ainsi que les comportements les plus à risque. D'une part, dans une perspective de promotion de la santé, on se doit de favoriser les actions en amont des problèmes, en vue de renforcer les capacités des individus à opter pour des habitudes de vie saines et sécuritaires. La reconnaissance des facteurs de protection et de facteurs de risque communs à plusieurs problématiques permet d'envisager des actions auprès de groupes cibles, qui non seulement peuvent agir sur la prévention de l'usage inapproprié, mais également sur un ensemble de problèmes d'adaptation sociale (délinquance, décrochage scolaire, suicide, violence, etc.). D'autre part, considérant aussi l'importance du lien entre les méfaits et certains modes de consommation à risque, notamment l'intoxication à l'alcool et l'injection de drogues, la prévention s'intéresse

[1] OMS, Problèmes liés à la pharmacodépendance et l'alcool, Genève, 1987, p. 22.

également à tous les usagers afin de réduire l'incidence de leurs modes de consommation à risque et des méfaits qui peuvent en découler ».[1]

A travers cette technique, on peut aider les gens à changer les habitudes de consommation et à comprendre que la dépendance à l'égard de la drogue ou de l'alcool n'est pas irréversible. Il est en effet utile pour la famille et la communauté de savoir que la toxicomanie peut être soignée bien qu'elles soient souvent persuadées qu'il est impossible aux toxicomanes de s'en sortir parce qu'ils ont été incapables de limiter la consommation de la drogue ou parce qu'elles connaissent d'autres personnes qui n'ont pas fait mieux. Pour cet enquêté, il faut :

« Eviter autant que possible la stigmatisation vis-à-vis du toxicodépendant. Conscientisez-le quant aux conséquences néfastes des substances psycho-actives. L'éducation et la sensibilisation par rapport aux substances psycho-actives devrait débuter dès le bas âge chez tous les enfants. Il faut aussi bannir la vente ou la prolifération de ces produits ».

La solidarité avec les personnes malades aide les anciens toxicomanes à se rétablir. La prise de conscience des conséquences néfastes des substances psycho-actives entraîne des modifications d'attitudes et du comportement des familles, des groupes et des communautés vis-à-vis des dangers de la drogue et entraîne conséquemment une réduction de la consommation globale de drogue et la vente des substances psycho- actives.

En somme, la sensibilisation constitue un élément essentiel de la prévention de l'abus de drogues et inclut dans une approche globale de la réadaptation sociale des anciens toxicomanes. La sensibilisation du public permet, au fil du temps, de transformer les attitudes, les connaissances, les comportements et les conditions sociales de manière à réduire les risques que les gens, surtout les jeunes, ne commencent à consommer de l'alcool ou d'autres drogues de façon inappropriée ou à s'y adonner de façon encore plus néfaste, notamment par injection. La sensibilisation peut réduire, à long terme, l'incidence de cet usage inapproprié.

Nous pensons qu'il est indispensable de construire des structures de réadaptation pour les toxicomanes afin d'aider les gens qui ont des problèmes à rompre avec la drogue pour des raisons sociales.

---

[1] OMS, Programme de lutte contre les toxicomanies, Op. Cit, p. 15.

8.4. Création des structures de réadaptation pour les toxicomanes

Une prise en charge adéquate, idéale devrait se prolonger même à la sortie de l'hospitalisation. Il faut continuer à suivre le toxicomane surtout celui qui a des problèmes à rompre avec des comportements de consommation de substances psycho- actives, pour des raisons souvent sociales et psychologiques. La construction des structures de réadaptation est conçue comme un outil destiné à aider ces personnes qui ont du mal à rompre avec la drogue. Pour un des enquêtés:

> *« Il faut une structure de réadaptation pour les toxicomanes variés avec bien entendu des gens spécialisés pour prendre en charge adéquatement les patients toxicomanes ».*

Un centre de réadaptation sociale avec un personnel formé est utile pour renforcer le traitement et permettre un rétablissement progressif. Pour François Hervé, le centre répond à plusieurs ambitions :

> *« - Restaurer le lien social, au moyen d'une vie collective régulée;*
> *- Retrouver des rythmes, ce qui est d'autant plus important que les personnes avaient organisé leur vie au rythme de leurs consommations, parfois peu compatibles avec la vie en société;*
> *- Construire un projet de vie et le mettre en œuvre ».*[1]

Pour parvenir à ces objectifs, l'équipe multidisciplinaire composée de psychologues, assistants de service social, parfois de médecins, doit être constituée et ainsi elle pourrait permettre de soutenir les toxicomanes résidant dans le centre de réadaptation.

8.5. Conclusion du chapitre

De ce qui précède, nous constatons que la prise en charge des toxicomanes au Burundi est nettement insuffisante et que c'est seulement si les parents et toute la communauté se mobilisaient que l'on verra peut être les choses avancer. En effet, le traitement efficace des patients toxicomanes est fondé sur une gamme de soins ou sur des soins continus et de longue durée qui comprennent aussi des stratégies d'intervention précoce qui prévient contre la récidive ou la rechute. La sensibilisation communautaire reste l'outil utilisé pour modifier les attitudes et les comportements des gens face à la représentation de la toxicomanie et envers les toxicomanes. La création des structures de réadaptation permet aux toxicomanes avérés de se rétablir et de rompre avec les consommations des substances psycho-actives.

---

[1] HERVE, F., Op. Cit, p. 109.

CONCLUSION GENERALE

En entreprenant ce travail de recherche, notre objectif général était d'identifier les difficultés rencontrées par le personnel soignant dans le processus thérapeutique d'un toxicomane. Pour y parvenir, nous avons fait une revue critique de la littérature en vue de constituer le cadre théorique de notre recherche. Ce dernier nous a permis de bien définir la problématique de notre recherche, 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, nous avons essayé de présenter et d'expliquer la méthodologie que nous avons utilisée dans la récolte des données sur terrain et dans leur traitement. Ainsi, nous avons mené une enquête sur terrain auprès du personnel soignant œuvrant dans le service de psychiatrie au CNPK, exploitant comme technique de récolte des informations l'entretien semi-directif, le questionnaire et l'observation clinique. Six soignants ont été interrogés et les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse qualitative. C'est dans cette même partie que nous avons circonscrit les difficultés rencontrées et présenté la méthode de traitement des données recueillies.

Les résultats de cette analyse des données sont constitués des difficultés rencontrées par le personnel soignant dans la prise en charge des patients toxicomanes qui, dans le présent travail, ont été groupées en quatre thématiques: les problèmes liés à l'abordage du toxicomane, les écueils liés à la cure de désintoxication des toxicomanes, les difficultés liées à la psychosociothérapie des toxicomanes, enfin les stratégies adoptées pour la réadaptation sociale des toxicomanes.

De façon générale, la prise en charge des patients toxicomanes donne du fil à retordre aux soignants. Pour nos enquêtés, la prise en charge des toxicomanes est une tâche difficile et délicate, exigeant des compétences particulières dans le domaine du savoir, du savoir-faire et du savoir-être.

Pour le premier objectif spécifique de notre recherche, les propos de nos enquêtés nous ont permis de conclure que la méfiance des toxicomanes, la négation de la maladie, leur mensonge et le manque du matériel pour la précision du diagnostic sont à la base des problèmes liés à l'abordage du patient toxicomane. Il apparaît aussi, dans l'axe du deuxième objectif spécifique que le manque de structures spécialisées, la non qualification du personnel soignant, le traitement biomédical non adapté et le refus de médicaments constituent des écueils de la cure de désintoxication des toxicomanes. Pour le troisième objectif spécifique, nos enquêtés s'accordent pour dire que les soins obligés, la gravité de dépendance, le

désengagement familial dans le suivi de leurs patients et les barrières culturelles sont à la base des difficultés que les soignants rencontrent lors de la psychosociothérapie des toxicomanes. Enfin, pour le dernier objectif spécifique de notre recherche, les propos de nos répondants clarifient les stratégies adoptées pour la réadaptation sociale à savoir: la sensibilisation communautaire et la création des structures de réadaptation.

Ainsi, nous estimons que nos objectifs spécifiques de recherche ont été atteints. En conséquence, nous disons que l'objectif général qui coiffait nos objectifs spécifiques a également été atteint. La prise en charge des patients toxicomanes est un travail si décourageant qui n'aboutit pas toujours surtout quand le patient est en face d'un personnel incompétent, sans moyens appropriés pour diagnostiquer le type de substances psycho-actives consommées et interné dans une structure non spécialisée permettant l'entrée illégale de la drogue. Aussi, le désengagement familial dans le suivi des patients toxicomanes et les préjugés qu'a l'entourage à l'endroit des toxicomanes freinent l'action thérapeutique.

Nous estimons ainsi que notre travail est une contribution à la compréhension des difficultés rencontrées par le personnel soignant du CNPK œuvrant dans le service de psychiatrie dans le processus thérapeutique des patients toxicomanes et les stratégies adoptées pour la réadaptation sociale des toxicomanes. En définitive, nous avons jugé utile d'émettre les suggestions qui suivent.

SUGGESTIONS

I. Aux décideurs du pouvoir public, nous proposons de :

a) Financer la création et la promotion des centres spécialisés pour les toxicomanes;

b) Fournir à la population toutes les informations relatives aux méfaits de la drogue;

c) Faire savoir à la population que la toxicomanie peut être guérie et que le toxicomane est un malade comme les autres;

d) Ne pas mettre en avant la répression plutôt identifier les toxicomanes et les informer des dangers de la drogue et le bien fondé de se faire soigner.

II. Au personnel soignant, nous suggérons de :

a) Renforcer les stratégies pour empêcher l'entrée de la drogue à l'intérieur de l'hôpital;

b) Prendre des mesures concrètes à l'endroit des patients qui font usage des drogues à l'intérieur de l'hôpital;

c) Connaître les substances utilisées dans leur propre communauté et les complications qu'elles peuvent provoquer;

d) Reconnaître les soins que nécessitent les patients aux différents stades de l'évolution de la toxicomanie dans l'organisme de l'usager;

e) Apprendre à considérer leur propre contribution comme nécessaire, même si elle reste parfois inopérante;

f) Apprendre à dépister l'abus de drogues, même lorsque le patient les a cachées;

g) Apprendre à développer l'aptitude à communiquer avec des patients réticents, à stimuler en eux un désir de changement.

BIBLIOGRAPHIE

A. Ouvrages généraux

1. ALLAIN, P., Hallucinogènes et Société, Paris, Payot, 1973.

2. BLANCHET, A., & GOTMAN, A., L'enquête et ses méthodes: Entretien, Paris, Fernand Nathan, 1992.

3. BERGE, A., Les psychothérapies, Paris, PUF,1974.

4. BERNARD, M, et SIMON,G., L'infirmier(e) et les toxicomanies, Paris, Masson, 2002.

5. BIADI, A., Relation thérapeutique et « soins obligés » en toxicomanie, Bruxelles, Editions De Boeck Université, 2001.

6. CHABRE, F., L'alcoolisme: Cure de désintoxication, cure du dégoût et d'interdiction, Toulon, Laboratoires Chabre ,1974.

7. DORSELAER, J., Méthodologie pour réaliser un travail de fin d'étude, Bruxelles, Editions CIRD, 1985.

8. FREJAVILLE, J.P et al, Les jeunes et la drogue, Paris, PUF,1977.

9. FERNANDEZ, L. et CATTEEUW, M., La recherche en psychologie clinique, Paris, Fernand Nathan, 2001.

10. FESTINGER, L. et KATZ, D., La méthode de recherche en sciences sociales, Paris, PUF, 1974.

11. HANUS, M., Psychiatrie intégrée de l'étudiant, Paris, Librairie Maloine, 1975.

12. HERVE, F., Les drogues et Dépendances, Paris, Editions de VECCHI, 2002.

13. LAUTIER, F., En marge de la drogue, Paris, les Editions ESF, 1987.

14. LEMAIRE, J., La drogue, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles, 1993.

15. LE REST, P., Drogues et Société, L'Harmattan, Paris, France, 2001.

16. LERT, F. & FOMBONNE, E., La toxicomanie : vers une évaluation de ses traitements, Paris, INSERM, 1989.

17. MAXENCE, L., Aide aux toxicomanes, Paris, Ed. Droguet et Ardent, 1993.

18. MUCCHIELLI, R., Le questionnaire dans l'enquête psychosociale: connaissance du problème, Paris, ESF, 1975.

19. OLIEVENSTEIN, C., La clinique du toxicomane, Paris, Editions Universitaires, 1987.

20. TIERCE, M., Guide de formation personnelle, DAMMARIE-LES-LYS, éd S.D.T., 1976.

21. VARENNE, G., L'abus des drogues, Bruxelles I, Galerie des princes, 1971.

B. Dictionnaires et encyclopédies

1. DORON, R. et POROT, F., Dictionnaire de psychologie, Paris, PUF, 1991.

2. LAROUSSE, Dictionnaire encyclopédique de psychologie, Paris, Editions Larousse, 1991.

3. ROBERT, P., Dictionnaire Petit Robert, Paris, Nouvelle édition, 1977.

4. SILLAMY, N., Dictionnaire de psychologie, Paris, Bordas, 1980.

C. Mémoires, rapports, revues et autres sources

1. BARAMPAMA, M., Etude de la prise en charge du malade mental par sa famille, Mémoire inédit, Bujumbura, UB, FPSE, 1998.

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

3. HATUNGIMANA, I., Etude du système d'accompagnement et d'assistance des malades dans le processus de guérison, Mémoire inédit, Bujumbura, UB, FPSE, 1992.

4. MOSER, J., Problèmes et programmes relatifs à la dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues dans 33 pays, Genève, OMS, 1974 .

5. MUNYUZANGABO, T., Etude psychosociologique de quelques difficultés rencontrées par le personnel paramédical de Bujumbura dans ses relations avec les malades, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B, F.P.S.E, 1985.

6. MUSAFIRI, L., Etude de quelques facteurs motivationnels à la base de la consommation de la drogue, Mémoire inédit, Bujumbura, UB, FPSE, 1993.

7. NDIMUBANDI, A., Analyse de la toxicomanie en milieu pénitentiaire, Mémoire inédit, Bujumbura, UB, FPSE, 2001.

8. NGENDAKUMANA, I. & NDUWARUGIRA, C., Guide de prise en charge psychosociale des séropositifs asymptomatiques et des malades du Sida, Bujumbura, PNLS/MST, 1991.

9. NKESHIMANA, G., Etude des difficultés dans la relation thérapeute-malade mental, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B, F.P.S.E, 1993.

10. NKESHIMANA, T., Contribution à l'étude de la réintégration socio professionnelle des anciens toxicomanes, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B, F.P.S.E, 2002.

11. OMS, Neurosciences: Usage de substances psycho actives et dépendance, Genève, 2004.

12. OMS, Problèmes liés à la pharmacodépendance et l'alcool, Genève, 1987.

13. OMS, Programme de lutte contre les toxicomanies :Evaluation de la qualité des soins dans le traitement des toxicomanies, Genève, 1993.

14. SIMBANANIYE, E., Contribution à l'étude du phénomène de la drogue au Burundi, Mémoire inédit, Bujumbura, UB, FPSE, 1998.

15. SUSAN, M., La prévention de l'abus des drogues: la communauté en action, Vienne, 1993.

16. WWW.fr.Wikipedia.Org/Wiki/Réhabilitation_(Santé) 10/04/2009 à 10h23

17. WWW.Watchtower/ abus de médicament. Org07/05/2010 à 15h 11

ANNEXES

Annexe 1 : PRESENTATION ET CONSIGNE EN KIRUNDI

Jewe nitwa Mugisha Jean Bosco, ndi umunyeshure muri Kaminuza y'Uburundi mu gisata cigisha inyifato n'imibereho y'abantu. Ndiko nandika igitabu co guheza amashure ku vyerekeye ingorane abavuzi bagira mu gufasha abiziziwe n'ibiyayuramutwe.

Icatumye ndabitura kugira tuyage ivyerekeye abarwayi biziziwe n'ibiyayuramutwe ni uko nizigiye ko mubizi kandi mushobora kubinyiganira kubera mwamana n'abo bantu. Kubera ivyo muza kunyiganira bimfitiye akamaro vyose, nitegekanije akuma gafata amajwi kugira ntihagire na kimwe nibagira.

Murakoze

Annexe 2 : PRESENTATION ET CONSIGNE EN FRANÇAIS

Je m'appelle Mugisha Jean BOSCO, je suis étudiant à l'Université du Burundi dans la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education. Je suis en train de faire un travail de mémoire sur la Problématique de la prise en charge médicopsychosociale des toxicomanes

Le motif qui me pousse à m'entretenir avec vous sur la prise en charge des patients toxicomanes c'est parce que je suis convaincu que vous êtes la personne la mieux indiquée à me fournir des informations fiables sur ces malades et tant que membre du personnel soignant de tels cas. Compte tenu du fait que tout ce que vous allez me dire est important, je me suis muni d'un appareil enregistreur pour éviter la moindre perte.

Merci

Annexe 3 : GUIDE D'ENTRETIEN EN KIRUNDI

Mwebwe musanzwe mukurikirana umunsi ku munsi abarwayi banyoye ibiyayuramutwe baba ngaha muri CNPK,

1. Umurwayi yiziziwe n'ibiyayuramutwe yigenza gute aha muri CNPK ?

2. Ni izihe ngorane mugira mu kuvura abiziziwe n'ibiyayuramutwe ?

3. Isuhuzwa ry'abarwayi biziziwe n'ibiyayuramutwe, ubwo ntibifasha kwinjiza ibiyayuramutwe canke igurwa ryavyo ng'aha mu bitaro ?

4. Hoba hariho abavuzi bavyigiye kandi bakwiye bavura abarwayi biziziwe n'ibiyayuramutwe ?

5. Mubigenza gute mu gufasha umurwayi kugira akire, asubire kugira ubushobozi bwo kugira imigenderanire myiza n'abandi hamwe n'ukubaho ata biyayuramutwe anyoye ?

6. Ni iyihe nyifato umuryango w'umurwayi, ababanyi canke abakorana n'umurwayi bogira ?

7. Kuri mwebwe, ivurwa ry'umurwayi yiziziwe n'ibiyayuramutwe ryotegerejwe kugenda gute ?

8. Ubwo biraborohera kuvura umurwayi bazanye kwivuza atabishaka ?

9. Ubwo biraborohera kuvura umurwayi amaze imyaka myinshi anywa ibiyayuramtwe ?

10. Ubwo umuco w'ikirundi wo kutiyegereza uwiziziwe n'ibiyayuramutwe urafasha mu gufasha abiziziwe n'ibiyayuramutwe ?

11. Ni izihe ntambamyi canke inyorosho ziva kuri uwo muco ?

12. Ni izihe mvo zituma umurwayi asubira kunywa ibiyayuramutwe yari yarabihevye ?

13. Ivurwa n'ifashwa ry'abiziziwe n'ibiyayuramutwe ryotegerejwe kugenda gute ?

Annexe 4 : GUIDE D'ENTRETIEN EN FRANÇAIS

Vous qui, jour après jour, suivez les patients toxicomanes hospitalisés au CNPK,

1. Comment le patient toxicomane se comporte-il au CNPK ?
2. Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans la prise en charge Médicopsychosociale des patients toxicomanes ?
3. Les visites faites aux patients toxicomanes hospitalisés ne leurs permettent pas d'acheter des produits toxiques ?
4. Y-a-t il du personnel soignant qualifié et suffisant pour soigner les patients toxicomanes ?
5. Comment procédez-vous pour aider le patient à réorganiser sa vie, à restaurer ses capacités relationnelles et à trouver sa pleine autonomie ?
6. Quelle devrait être l'attitude de l'entourage familial ou socioprofessionnel à l'égard du toxicodépendant ?
7. Selon vous, comment la prise en charge du toxicomane devrait-elle se faire ?
8. Est-il facile de soigner un patient qui vient consulter par force ?
9. Est-il facile de soigner un patient qui a pris de la drogue pendant plusieurs années ?
10. Est-ce que la mentalité burundaise favorise-t-elle la prise en charge du toxicomane ?
11. Quels sont les problèmes de prise en charge provenant de cette mentalité ou les facilités ?
12. Au niveau de la rechute, quelles sont les raisons ?
13. Quelles sont les stratégies pour réadapter socialement les toxicomanes ?

Annexe 5 : GUIDE D'OBSERVATION

Atmosphère	Types de comportement	Réactions du malade	Réactions du soignant
- Aide - Soutien - Acceptation - Activité de l'un et passivité de l'autre - Indifférence - Agression - Agressivité - Agitation - Maîtrise de la situation - Dénigrement	- Les mots d'accueil - Logorrhée des mots - Mutisme - Méfiance - Contestation - Refus d'aide - Incommunicabilité du malade		