

ETUDE D'UN MODELE DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES TOXICOMANES EN ALGERIE

Résumé

La consommation de drogues (cigarettes, cannabis, psychotropes,...), comportement à risque, autrefois l'apanage de cercles fermés, tend à s'étendre dans tous les espaces de la société algérienne, touchant les deux sexes, les ruraux comme les urbains, les adultes comme les adolescents voire les enfants. C'est un véritable fléau social. Néanmoins, le produit est aussi bien licite (cigarettes, tabac à priser,...), qu'illicite (cannabis,...). Les plus démunis sniffent dans des sacs en plastique,... Cette consommation, lorsqu'elle est régulière, engendre une dépendance au produit. On devient toxicomane. Le cerveau en est affecté. Il y a une souffrance derrière. Le fonctionnement psycho-affectif, perturbé, en serait une des causes. L'ouverture de structures de prise en charge, relativement récente, en Algérie, est une réponse appropriée pour aider les concernés à s'en sortir. Néanmoins, il convient de souligner la défaillance d'une politique de soins pertinente, à même d'appuyer cette initiative. L'observation effectuée par les étudiants de 2^e année, dont j'ai supervisé le stage, au centre intermédiaire de soins aux toxicomanes (C.I.S.T), de Annaba, courant 2003, a montré que la prise en charge qui y est assurée, est axée, exclusivement, sur la prescription de psychotropes, au lieu d'un traitement par la parole,... Cela va, incontestablement, favoriser une poly-dépendance des drogués, mais ne va pas dans le sens d'une véritable aide aux toxicomanes. D'où la nécessité de l'analyse.

Mots clés : Prise en charge, toxicomanie, polydépendance, parole, psychotropes

Mohammed KHERFOUCHI
Département de Psychologie
Université Annaba

ملخص

تسعى هذه الدراسة إلى تقديم الدعم للتكفل
السيكولوجي بالمدمنين على المخدرات، علما
بأنه لا يمكن الجزم بالقضاء النهائي على
ظاهرة الإدمان نظرا لاستفحالها الكبير وأن
الإدمان على المخدرات في الجزائر يتمثل
بصفة خاصة في الكحول، الأقراص

Introduction

La toxicomanie est définie comme une « relation de dépendance à une drogue, plus ou moins toxique, tendant à subordonner toute l'existence du sujet à la recherche des effets du produit ». ⁽¹⁾

La consommation de toxiques est un fléau social majeur, très répandu dans le monde. Les premières prises se font, le plus souvent, par imitation, pour faire comme les copains, ou par curiosité à l'occasion de rencontres festives et récréatives en groupe, durant l'adolescence, période du développement de la personnalité où l'on peut être vulnérable. Devenir toxicomane constitue une étape supérieure. Il s'agit d'un symptôme: on est dans la quête d'une excitation, ... Derrière, il y a toute une histoire personnelle comportant des carences affectives dans la petite enfance (démission ou abandon des parents, séduction, surprotection, maltraitance, ...) qui ont contribué à la constitution d'une personnalité fragile. C'est cette histoire personnelle qui pose problème, selon les psychologues. Inconsciemment, on essaye de la surmonter en s'adonnant à la consommation de drogues. Ce comportement n'en est que le révélateur. Contrairement à celle que revêt un environnement, suffisamment, sécurisant, aimant et qui procure de la confiance en soi. En fonction du milieu social d'appartenance, on consomme des drogues dites "nobles": cocaïne, cannabis, ... (milieu aisé), ou drogues "du pauvre": colles... Il y a des drogues licites (Tabac, alcool, ...) et des drogues illicites (Cocaïne, Héroïne, ...).

Ces comportements libèrent, artificiellement, un neurotransmetteur du plaisir, la dopamine, dans la région cortico-mésencéphalo- limbique (circuit de la récompense) du système nerveux central. Là, une fois libéré par un neurone au niveau d'une synapse, le neurotransmetteur est capturé au niveau membranaire par le neurone voisin où existent, en principe, des récepteurs spécialisés, où est transmis, dans le cas d'une dépolarisation membranaire, l'influx nerveux. Il y a, de ce fait, une décharge de dopamine et lorsque le taux de ce neurotransmetteur est suffisant, cela procure le plaisir. Après quoi, l'activité du neurotransmetteur s'estompe. Résultat : Il se déclenche le désir de renouveler, sans cesse, la sensation de plaisir. Il se produit une dépendance. On est dans le besoin. Cela se reflète par la nécessité compulsive de reproduire l'expérience.

Dans la terminologie spécialisée, on évoque également le terme d'addiction. Il provient du latin ADDICTO. Il a été réutilisé par les savants anglo-saxons dans les années 1970. To be addict, se traduit par être dépendant, aux toxiques, ainsi qu'à certains comportements tels que : les jeux pathologiques (casino, ...), la cyber-dépendance, les achats compulsifs, ... On peut aussi être addictif par méconnaissance des risques, suite à une auto- médication ou à une consommation prolongée de psychotropes, sans avis médical. L'addictologue (2) est le médecin spécialiste en addictologie.

Après une présentation des différentes méthodes de prise en charge thérapeutique des toxicomanes, j'évoquerai le cadre institutionnel de l'enquête, puis après avoir mis en évidence les méthodes de recherche, je procéderai à l'analyse.

I- Les méthodes de prise en charge thérapeutique :

Le recours à une institution de soins ayant pour fonction d'aider les malades à s'en sortir est une excellente chose. Il y a lieu de définir, au préalable, le projet thérapeutique (1) du centre de soins, c'est-à-dire le sens de l'action thérapeutique, qui doit être le changement de comportement et la libération psychique. Le patient est dans l'obligation de signer un contrat thérapeutique d'abstinence. Ensuite, prend place le

travail technique. Les spécialistes ont mis en place des étapes pour ce faire. En premier lieu, une évaluation pluridisciplinaire (médicale, psychologique et sociale) doit être entreprise. Celle-ci est une occasion pour introduire une relation de confiance dénuée de jugement moral et sans laquelle toute évaluation est illusoire. En deuxième lieu, intervient une différenciation thérapeutique suivant le type de drogue consommée.

Une classification a été établie entre drogues douces et drogues dures en fonction du degré de dépendance physique qu'elles engendrent. Les manifestations physiques à l'arrêt de la prise de cannabis (drogue douce) sont, en général, d'intensité plus faible que celles observées lors du sevrage d'héroïne (drogue dure), par exemple. La prise en charge thérapeutique diffère suivant le type de drogue.

1) En ce qui concerne les consommateurs de drogues douces:

En général, leur consommation commence dès l'adolescence. Ce type de drogue est représenté par la résine de cannabis dont le principe actif est le THC.

Il ya beaucoup de variétés. On y a recours à la moindre contrariété, conflits interpersonnels, ... Le manque entraîne une altération de la perception, de l'attention et de la mémoire immédiate. ...Diverses possibilités se présentent par rapport à la prise en charge:

- Le sevrage en milieu hospitalier fermé.
- En ambulatoire.

Le traitement est essentiellement centré sur un soutien psychologique, fourni par la mise en place de groupes de parole, après un ou plusieurs entretiens avec le psychologue. Celui-ci va encourager le dialogue, l'échange avec le patient, afin de lui faire comprendre qu'on est là pour l'aider à prendre conscience du danger dont il est victime et à s'en sortir. Il est, en effet, indispensable que ces patients ressentent que l'on s'intéresse à eux, qu'on leur réserve le temps et l'attention nécessaires. En ce qui concerne les adolescents, ce sont les parents qui sont conviés à participer aux groupes de parole. Une psychothérapie familiale peut être également envisagée. Enfin, le recours au mouvement associatif peut être pertinent. Il ne faut pas omettre de mettre l'accent sur l'aide sociale. Elle est vraiment utile pour les démunis. On peut envisager une insertion professionnelle, ... On vient de mettre en évidence, à ce niveau, deux types de prise en charge : psychothérapeutique par la parole et sociale, avec l'intention d'aboutir à un changement de comportement chez les patients.

2) En ce qui concerne les consommateurs de drogue dures:

On trouve dans ce type de drogues : les psychotropes, les cigarettes, la cocaïne (crack), l'héroïne, ... Elles entraînent une euphorie immédiate et une stimulation intellectuelle et physique. Elles ont comme caractéristique de provoquer une forte dépendance organique. C'est un besoin. C'est vital. Le manque entraîne une dépression, une anxiété, voire des délires paranoïdes et des attaques de panique. Du point de vue comportemental, cela pousserait à des actes délinquants voire à la violence, afin de se procurer les moyens d'achat du produit. La possibilité de sevrage en milieu hospitalier (durée 10 à 15 jours) peut être envisagée, mais elle est fonction de l'état de santé du drogué, car il y a un risque d'accentuer une dépression latente. La

pratique ambulatoire est la plus employée. Elle se déroule en relation avec des centres de soins où l'on pratique la substitution par la méthadone, dans le cas de l'héroïne. Ces médicaments de substitution, peu toxiques, permettent de garder constant le taux de toxiques dans le sang. Ils sont nécessaires pour stabiliser le fonctionnement du système nerveux central, rendre possible la parole et rétablir les liens sociaux. Il faut souligner qu'ils ne guérissent pas de la dépendance. En parallèle, on recourt à une psychothérapie d'accompagnement, assurée par le médecin addictologue, vu qu'elle a pour objet le médicament de substitution, et un suivi social. L'absorption simultanée de toxiques au cours du traitement est proscrite. Lorsque le système nerveux central est bien stabilisé, on passe le relais au psychanalyste (2). Le travail analytique va consister, par l'écoute du patient, à faire émerger ce qui il y a derrière le symptôme, c'est-à-dire la source cachée de la souffrance qui remonterait à la prime l'enfance et qui aurait été refoulée et travailler dessus. Donc, dans l'optique de la psychanalyse, ce n'est pas le produit toxique qui est préoccupant, mais c'est l'histoire infantile du patient qui l'est. Là, nous venons de mettre l'accent sur trois types de prise en charge : médicale, psychothérapie d'accompagnement et psychanalytique. Tandis que l'intervention médicale se fait uniquement au début de la prise en charge, la psychanalyse, vient en complément de celle-ci. Le projet de soin consiste à libérer, psychiquement, le patient de la dépendance.

L'observation effectuée au centre intermédiaire de soins aux toxicomanes (C.I.S.T) de Annaba - c'est une annexe de l'hôpital psychiatrique Abou Bakr Er-razi-, va nous permettre d'étudier la prise en charge thérapeutique qui y est entreprise. Il s'agit de savoir si la prise en charge au C.I.S.T de Annaba, va-t-elle être centrée sur un changement (comportemental et/ ou psychique) du patient ou vise t- elle à protéger la société ?

II- Le cadre institutionnel: approche documentaire :

Dans un bulletin d'information ⁽¹⁾, édité par la direction de la prévention du ministère de la santé, le directeur de la prévention, lui-même, a signalé la mise en place, en 1992, d'une commission nationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie (décret n° 92/151) et qui a élaboré un programme s'articulant autour des axes suivants:

- Renforcement des actions de préventions.
- Prise en charge médico-sanitaire des toxicomanes.
- Consolidation et adaptation du dispositif juridique.
- Renforcement des moyens de lutte.

De même, il a indiqué la création d'un office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie (décret n° 97/212). Il a, en outre, souligné l'ouverture, "depuis ces cinq dernières années, de centres de désintoxication spécialisés". Enfin, il a signalé l'existence "des centres intermédiaires de soins ambulatoires aux toxicomanes" (C.I.S.T) et "qui constituent un autre espace de prise en charge...". Il en existe un à Annaba. Il a été inauguré le 24/06/99, par le comité national de lutte contre la toxicomanie. C'est une annexe de l'hôpital psychiatrique Abou Bakr Er-Razi. Il est décentré géographiquement

(localité de Boukhadra). C'est un centre qui couvre la région- est du pays. L'accent est ainsi mis sur la mise en place de structures de soins. On peut relever l'absence d'allusion à un projet de soins et aux moyens de prise en charge. Une loi (n° 18-04 du 25/12/2004) a vu le jour. Elle a pour objet, la prévention et la répression de l'usage et du trafic illicites de drogues et de substances psychotropes. Les nouvelles dispositions préventives et curatives, contenues dans cette loi, concernent, notamment, l'expertise médicale à laquelle seront soumis les usagers de drogues illicites. L'injonction thérapeutique et l'abandon des poursuites judiciaires à l'encontre des personnes qui se seraient conformées au traitement médical de désintoxication, figurent également parmi les nouvelles dispositions de cette loi. Néanmoins, le décret d'application tarde à voir le jour.

Certes, avec cette loi, le toxicomane n'est plus perçu comme un délinquant mais comme un malade, mais on s'est rendu compte, après coup, des nouvelles exigences qu'elle ne manque pas de susciter : instaurer une coordination justice-santé, l'insuffisance des infrastructures de prise en charge, l'après cure nécessite une prise en charge sociale (travail, logement,...), difficile à fournir,... Il convient de souligner que cette loi résulte d'une prise de conscience que la mise systématique en prison des toxicomanes ne constitue pas une réponse adaptée, car le nombre de consommateurs augmente de plus en plus eu égard au bilan de l'office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie et que le journal HORIZONS(2) a exposé. Ainsi, on relève que plus de 16 tonnes de résine de cannabis ont été saisies par les services de lutte contre la drogue, durant le premier semestre 2009. A cela s'ajoute la saisie de 18.785 comprimés de substances psychotropes. Par ailleurs, les services sus- cités ont eu à élucider 2262 affaires, dont 604 soit 26,70% sont liées au trafic et à la consommation de la drogue. Parmi ces affaires traitées, 88 soit 03,90% concernent la commercialisation de substances psychotropes, 02 affaires de cocaïne soit 0,08 %, 02 affaires de crack, soit 0,08%. Quant aux personnes interpellées, on retrouve plusieurs étrangers d'origine africaine. Dans le quotidien Liberté, il est fait allusion aux propos du directeur de l'office : « D'un pays de transit, nous sommes devenus un pays de consommation de drogue, et cette consommation devient de plus en plus dangereuse »(3) Cela signifie que la drogue qui n'a pas pu être acheminée vers les pays européens, restera en Algérie, pour y être consommée.

III- fonctionnement du CIST et observation des étudiants :

1- Le fonctionnement annoncé du CIST :

Dans le même document utilisé plus haut, et sous la plume du professeur de psychiatrie, attitré (1), il est souligné le fonctionnement en ambulatoire du CIST de Annaba.

L'équipe soignante comprend:

- Un psychiatre
- Un médecin généraliste
- Un psychologue
- Un sociologue

- Une assistante sociale
- Un infirmier
- Un secrétaire.

La tâche de chacun est comme suit:

- Le psychiatre réalise un examen mental dans le but de rechercher un trouble conséquent ou de personnalité, ainsi que les complications psychiatriques liées à l'usage de la substance psycho –active.

- Le médecin généraliste: Il recherche une pathologie somatique associée ou une complication somatique liée à une substance psycho- active. Il prescrit, en outre, un traitement de substitution.

- Le psychologue: Il réalise un entretien et passe des tests d'efficiences et projectifs, dans le but de rechercher le profil et le fonctionnement de la personnalité, d'une part. De l'autre, il soutient et explique l'intérêt de la cure et modifie les croyances du sujet à l'égard de la drogue et de son monde.

- La sociologue est chargée de coordonner l'ensemble de l'évaluation et de sa synthèse, ainsi que du suivi du projet de soins.

- L'assistante sociale réalise une enquête sur l'environnement familial et social.

- L'infirmier: Il fournit les médicaments et les injections prescrits.

- La secrétaire: Elle est chargée de l'accueil et de la saisie des différentes données et de la gestion des dossiers.

De manière opérationnelle, chaque intervenant doit remplir, une fiche d'examen, pour le psychiatre et le médecin généraliste, et d'évaluation pour le psychologue et l'assistante sociale. Une réunion de synthèse dite du staff, est fixée au mercredi.

2- Discussion du fonctionnement annoncé :

Dans cette équipe de soins, il manque deux spécialistes : le médecin addictologue, et le psychanalyste. Dans le même document, il est fait référence à l'expression : projet de soins, mais le contenu est axé sur la fonction de chaque intervenant du centre, au lieu de porter sur le sens de la prise en charge. Ainsi, on n'est pas informé sur la nature du projet de soins. En fonction de quoi, c'est la réalité du fonctionnement de la prise en charge au centre qui va nous permettre d'en connaître davantage.

3-Un bilan a été établi:

- 48 sujets (4 femmes et 44 hommes).
- 41 sont résidents à Annaba et 7 proviennent des autres wilayas.
- 40 célibataires, 7 mariés et 1 divorcé.
- 33 travaillent actuellement, 8 en arrêt de travail, et 7 n'ont jamais travaillé.

4- Répartition selon la nature des drogues:

- Cannabis	26
- Tranquillisants	27
- Cocaïne	01
- Héroïne	01
- Colles	03

5- Répartition selon la durée d'utilisation:

- Inférieure à 2 ans	07
- 2 à 4 ans	07
- 4 ans et plus	34

6- Discussion du bilan établi:

Ces chiffres sont livrés à l'état brut. La catégorie d'âge et les motivations des patients ne sont pas soulignées. Le rôle du psychologue, contrairement à ce qui est indiqué, n'est pas d'expliquer l'intérêt de la cure. C'est le rôle du médecin-addictologue, et il ne peut en aucun cas le remplacer. Néanmoins, on peut relever que les hommes sont plus toxicomanes que les femmes, les habitants de Annaba sont plus nombreux par rapport aux autres wilayas (départements). Les célibataires sont plus représentés et ceux qui ont une activité professionnelle sont plus nombreux que les autres. Les dépendants aux psychotropes sont plus nombreux que ceux qui fument le cannabis. Aucun contrat thérapeutique d'abstinence n'est proposé au patient. En outre des questions méritent d'être posées : Pourquoi la poly-toxicomanie n'est-elle pas mise en évidence et en particulier, quelle est la relation entre le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, les colles et les psychotropes, prescrits par le médecin ? Les données fournies par les étudiants vont nous permettre d'y répondre.

IV- Les méthodes de recherche : l'observation des étudiants et le séminaire :

Nous avons utilisé deux méthodes de recherche qui entrent dans le cadre global des méthodes de recherche qualitative (1), à savoir l'observation des étudiants et le séminaire. C'est à l'occasion du stage de 2^{ème} année, et ce, du 01/06 au 15/06/2003, que nous nous sommes rapprochés de l'institution de soins. Les étudiants se sont séparés en deux sous- groupes. Alors que les uns procédaient à l'observation au centre, avec les autres, on se regroupait, en séminaire, et on discutait de leur observation .La lecture des compte- rendu d'observation a permis de mettre en évidence les faits suivants:

a- Les patients viennent au centre de leur propre volonté. En général, c'est le manque du produit toxique qui dicte le comportement. Ils se contenteront de psychotropes.

b- Le centre est dépourvu d'un médecin addictologue, et d'un psychanalyste. La pratique de substitution est confiée, par défaut, à un médecin généraliste, qui prescrit des psychotropes.

c- La psychologue clinicien effectue un entretien d'évaluation et non le soutien psychologique des patients, et n'utilise pas les tests d'efficience et projectifs, ... comme il est prévu, parce qu'il ignore tout de ce savoir-faire. Cela est dû à une insuffisance de la formation académique de licence de psychologie clinique. Son rôle se limite à l'établissement de la fiche d'évaluation psychologique et il assiste à la réunion du staff, du mercredi. Les étudiants d'un sous-groupe ont fait remarquer qu'il procède à la vérification des informations fournies par une patiente (addictive à la cocaïne), auprès de son compagnon, après sa sortie de son bureau, et "avec son accord". Ainsi, la confiance du patient envers le psychologue va être très sérieusement compromise, dans ces conditions de prise en charge.

d- La pratique de la prescription de psychotropes est généralisée à tous les toxicomanes (drogues douces et drogues dures), et elle est illimitée dans le temps. De ce fait, il y a une médicalisation outrancière dans cette prise en charge. On produit, ainsi, une dépendance au médicament psychotrope.

e- La sociologue du centre s'occupe, concrètement, du secrétariat.

f- L'assistante sociale ne s'occupe pas de l'aide sociale aux patients.

V- Analyse:

Ces éléments nous permettent d'avancer qu'un projet de soins fait défaut au C.I.S.T. A ceci s'ajoute deux autres insuffisances :

1- Objectives: Il y a lieu de relever l'absence de spécialistes, tels que l'addictologue, et le psychanalyste. A cela s'ajoute l'absence d'un contrat thérapeutique d'abstinence. Le psychologue se limite à un entretien d'évaluation psychologique par la technique interrogative, et il n'utilise ni les tests, ni le soutien psychologique, pourtant prévus. Le médecin généraliste prescrit, exagérément, des psychotropes, dans le cadre de la substitution et sans un accompagnement psychologique. La sociologue est reléguée à un travail de secrétariat. L'assistante sociale, quant à elle, s'occupe de l'évaluation sociale, et non pas de l'aide sociale aux patients.

2- Subjectives : Le centre intermédiaire de soins aux toxicomanes est dépourvu d'une politique de prise en charge thérapeutique pertinente des patients. On a relevé **une médicalisation à outrance**, alors qu'il aurait fallu laisser beaucoup plus de place à la parole (accompagnement psychologique) et au social. Par ce fonctionnement, on crée une poly -toxicomanie.

Conclusion:

L'ouverture d'une structure de soins au bénéfice des toxicomanes, en Algérie, est un acquis considérable. Néanmoins, dans son fonctionnement, le C.I.S.T. véhicule un certain nombre d'insuffisances qui devraient susciter une réflexion. Incontestablement, une politique pertinente de soins est une nécessité. En outre, il convient de former, autrement, les psychologues cliniciens, fournir les spécialistes appropriés : le médecin

addictologue et le psychanalyste. Force est de remarquer que ce type de spécialistes n'est l'objet d'aucun projet de formation. Pourtant ce sont des éléments incontournables dans la bonne prise en charge thérapeutique. Dans son fonctionnement, le C.I.S.T. ne soulage ni ne libère les patients de leur souffrance psychologique et psychique. Par contre, il contribue à protéger la société des éventuels troubles de comportement des toxicomanes en manque, en les droguant par les psychotropes, comme on le pratique avec les malades mentaux. Tel est le projet de soins implicite et le fonctionnement concret du C.I.S.T.

Bibliographie:

- 1- Aisenstein M et all., psychothérapies psychanalytiques, Paris, PUF, 1998.
- 2- Ait Hamlet A., « Saisie de plus de 16 tonnes de cannabis en trois mois », in Horizons n° 3678 du 05/05/2009
- 3- André C et Lelord F., L'estime de soi, Paris, Odile Jacob, 2002
- 4- Angel S et Angel P., Les toxicomanes et leurs familles, Armand Colin, 2002
- 5- Avanzini G., Le temps de l'adolescence, Paris, Ed° Universitaires, 1978
- 6- Benony H et Chahraoui K., L'entretien clinique, Paris, Dunod, 1999
- 7- Bergeret J., toxicomanie et personnalité, Paris, PUF, 1982
- 8- Berghoul C., "Améliorer le niveau de connaissance des enseignants", in la santé de l'homme, paris, INPES, janvier- février 03
- 9- Berthiaume F et Lamoureux A., Initiation à la psychologie, Québec, HRWITée, 1981.
- 10- Besson M-J., « L'action des drogues : Des adaptations néfastes », in Science et vie, n°217, décembre 2001
- 11- Boudef M., "Le centre intermédiaire de soins aux toxicomanes – C.I.S.T. L'exemple de Annaba", in La Lettre de la Prévention, Alger, Ministère de la santé et de la population, n° 36 juin 2001
- 12- Borrelli E et all., «L'action des drogues : La dopamine dans tous ses états »,inScience et vie, n° 217, décembre 2001
- 13- Brunet B., les psychothérapies, Paris, PUF, 2003.
- 14- Debesse M., L'adolescence, Paris, P.U.F, 1976
- 15- Deniker, P., les drogues, Paris, Plon, 1998.
- 16- Deniker P, et all., toxicomanies Monographie, Rev prat (Paris), 1995