

**L'Apport des Langues dans le Développement
du Tourisme en Algérie.**

BAICHE ALI _ Université de Tlemcen

**Communication présentée lors du Symposium
International
sur le Tourisme Balnéaire et Investissement Touristique en
Algérie : Situation, Formation, Avantages.**

Sous la Direction du Tourisme en Collaboration avec
L'Université

De Formation Continue : Centre de Ain-Temouchent. 21-22
Juin 2006.

Résumé :

Je me propose dans cette communication de montrer que les langues parlées en Algérie : L'arabe , le français , et la compréhension même passive de l'anglais sont d'un apport certain dans la promotion du tourisme en Algérie . C'est-à-dire dans ce sens où nous n'avons pas besoin d'investir pour l'apprentissage des langues internationales pour les besoins du tourisme. Bien entendu, nous pensons que l'extrême urgence de la relance du tourisme est au-delà de la connaissance des langues, par exemple, comment l'Algérie pourrait se faire une destination touristique internationale. Néanmoins les langues et en particulier les langues étrangères sont d'une importance suprême dans le développement du tourisme .

Parler de la dynamique des langues dans un symposium international

essentiellement réservé à l'investissement touristique , au marketing , au concurrence , etc. peut paraître déplacé aux yeux de certains observateurs dans ce contexte plutôt de chiffres et de statistiques . Cependant, si nous avons choisi de parler des langues c'est parce que sans ces dernières, et pour ne donner qu'une seule raison, le développement du tourisme devrait encore investir dans l'apprentissage des langues et en particulier les langues étrangères. Or ces langues existent et sont parlées en Algérie.

Parler donc de connaissance des langues et de leur apport dans le développement du tourisme n'est pas une chose nouvelle mais dans le cas de l'Algérie cela revêt une importance non négligeable ou pratiquement deux langues sont utilisées simultanément et quotidiennement : l'arabe et le français.

Nous pouvons également parler de l'anglais car c'est la langue étrangère (après le français) la plus étudiée dans les institutions scolaires algériennes à tous les niveaux (de l'école primaire à l'université).

Pour prendre l'exemple de l'arabe, d'abord dans sa version dialectale c'est une langue quotidienne des masses, une langue maternelle majoritaire à l'exception des régions où le Tamazight est pratiqué régulièrement . Comme c'est une langue de communication très répandue parmi les gens , les touristes à l'intérieure du pays comme ceux qui

viennent des pays arabes peuvent communiquer sans avoir recours aux interprètes ; car d'une part l'arabe dialectal algérien est un dérivé de l'arabe classique, et d'autre part il a une fonction communicative dans le pays, donc très utilisé . En effet, l'arabe classique en tant que lingua franca (langue franche) peut servir les touristes arabes pour se comprendre mutuellement . Cette intelligibilité mutuelle est une aubaine, voire une situation enviable, permettant d'attirer les touristes du monde

arabe si les institutions touristiques en Algérie oeuvrent beaucoup plus dans la création des écoles de tourisme et la formation du personnel dans tous les domaines en insistant sur les compétences humaines (accueil, restauration, hôtellerie, langues étrangères, etc.). D'ailleurs, dans ce contexte et lors d'une mission de voyage d'études en Algérie, Lozato-Giotart, constate ce qui suit :

Malgré l' image séduisante et reluisante de ce potentiel touristique encore vierge sur l'ensemble des régions, force est de constater un déficit en matière d'accueil, en marketing, en savoir-faire dans l'hôtellerie... Tel est le paradoxe de l'Algérie d'aujourd'hui.

(in MASTER PRO MITT, 2005/2006 :3)

Il est donc dans l'intérêt du tourisme algérien de saisir cet avantage particulier et de développer un tourisme interarabe en tenant compte du fait qu'actuellement la population arabe dépasse les 400 millions de personnes (Tabutin et schoumaker 2005). Ce qui est appréciable.

En outre, l'arabe comme langue de culture arabo-musulmane a un effet d'attrait spécifique pour le touriste arabe qui se sent généralement chez lui (par appartenance à la nation arabe) malgré la différence des coutumes d'un pays à un autre, différence d'ailleurs fort appréciée.

Enfin, la place qu'occupe la langue arabe est donc d'un grand apport dans le développement du tourisme .Cela nous amène à préconiser un tourisme qui pourrait éventuellement attirer des capitaux arabes pour l'investissement dans ce secteur (doté de richesses touristiques naturelles encore vierge) comme dans de nombreux pays arabes tels que : le Maroc , la Tunisie , L'Égypte, et tout récemment le Qatar.

En Algérie nous sommes également en présence d'un public utilisateur du français au quotidien, et malgré le fait que cette langue soit officiellement décrétee langue étrangère, il n'en demeure pas moins qu'elle a une fonction communicative réelle dans la société, existant côte à côte avec l'arabe et appelée à se développer davantage vu le nombre croissant de médias et de publications dans cette langue . Ainsi, créant une situation de bilinguisme généralisé dans la société algérienne. Les touristes européens parlant français n'éprouveront par conséquent, aucune difficulté sur le plan de la communication. Leurs déplacements dans un pays aussi vaste que l'Algérie n'en sera que plus facile et sécurisé car il y a toujours quelqu'un qui parle français en cas de besoin . Reste bien sur, cette volonté à laquelle les responsables du domaine

doivent se consacrer, c'est-à-dire, convaincre les européens à choisir comme destination

touristique l'Algérie. C'est cette dimension qu'il faut développer en faisant connaître à l'étranger les avantages du choix du tourisme dans le nord avec une façade côtière de 1200 Km jalonnée de belles plages comme dans le grand sud de l'Algérie avec ses incroyables richesses en oasis , en dunes , en gravures rupestres , et d'autres vues qui ne finiront jamais de nous étonner .

Il incombe donc aux personnels compétents de ce secteur d'user de

leurs connaissances des sites fabuleux, rares et insolites que les touristes recherchent en Algérie, mettre leur savoir faire pour la distribution des dépliants touristiques très attractifs en plus d'une publicité beaucoup plus développée à l'échelle internationale, et finalement comprendre que c'est un travail de persévérance qui requiert une innovation perpétuelle.

En ce qui concerne la langue anglaise, la scolarisation de la majorité des enfants après l'indépendance a donné l'occasion à un grand nombre de jeunes algériens de comprendre quelques phrases d'anglais. Néanmoins, une minorité, en particulier les élèves ayant atteint le cycle secondaire et les étudiants à l'université parlent un anglais compréhensible leur permettant de comprendre les touristes de différentes nationalités qui utiliseraient l'anglais comme lingua franca dans leurs communications . En plus, la venue des touristes de toutes les parties du monde encourageraient davantage l'apprentissage de cette

langue. Les bases existent, c'est la communication qui manque mais celle-ci s'apprend par le biais des échanges conversationnels.

En résumé, la connaissance des langues est un atout d'une suprême importance. C'est un grand avantage, un apport certain pour le tourisme en Algérie. La situation en termes de langues n'est pas celle d'une nation handicapée, ni même de celle où les langues sont des dialectes internes dont l'utilisation ne dépasse pas leurs frontières. Au contraire, les langues parlées en Algérie sont internationales, et de ce fait, le voyage dans ce pays (et vers ce pays) - pourvu que cela se développe - n'en sera que plus facilité. Nul besoin de se doter de petits livres de traduction ou de guides encombrants. La seule préoccupation pour le développement de ce secteur demeure dans le fait de présenter une belle image du pays par sa diversité, par ses sites touristiques rares et uniques dans le monde, et bien sûr par l'accueil chaleureux et l'hospitalité connus des Algériens.

REFERENCES

-Baiche , A . (1992) . An assessment of the Communicative Approach in Secondary Education in Algeria (1981-1991) .

Unpublished Magister Thesis

University of Oran (1992) .

-Lozato-Giotart , J , P .(2005-2006). "Proposition de Mission de Voyage d'Etudes en Algérie » .

Délégation 2005-2006 MASTER PRO MITT

Université Paris III –Sorbonne Nouvelle .

-Tabutin , D et B. Schoumaker (2005) . « La démographie du monde arabe et du Moyen-Orient des années 1950 aux années 2000 .

Synthèse des changements et bilan statistique . »

in Population , 2005 , n°5-6 , p. 609-724.

Les incidences Psychopathologiques
et Sociales de la toxicomanie

M. Selka Ahmed _ Université d'Oran

Résumé

Le but de cet article est de montrer le développement de la toxicomanie en particulier chez les jeunes et qui ne pourrait se comprendre qu'en tant que mécanisme de défense contre les dysfonctionnements, la mal-vie, et les fermetures de perspectives. Ce qui permet de produire des connaissances sur l'état des rapports qu'entretient la société Algérienne avec les troubles du comportement et les médecines. C'est cette société en devenir qui est approchée à travers les types spécifiques des troubles psychiques qui prédominent en milieu urbain et qu'il faut lire comme autant de signes de dysfonctionnements socioculturels. Ces connaissances peuvent être des repères pour les praticiens de la médecine moderne dans les relations qui les lient à leurs patients. L'effet pratique le plus important serait dans l'atténuation des dysfonctionnements constatés par une socialisation médicale plus adaptée aux attentes des usagers, en particulier un établissement plus adéquat de mesures de prévention et de prise en charge des personnes toxicomanes. De façon générale les objectifs scientifiques de ce travail peuvent contribuer au renouvellement de problématiques relatives aux rapports société, médecines et santé. Dans un but de formation également, cet essai a été élaboré sous la forme d'une définition et l'énoncé clair et précis des hypothèses à éprouver et évaluer ainsi que la méthode à suivre et propre à l'investigation de cette problématique sur la toxicomanie et ses incidences psychopathologique et sociales.

Mots-clés : toxicomanie – sujets algériens – relation – dysfonctionnement – entretien – évaluation.

INTRODUCTION

La société algérienne vit une profonde mutation dont les aspects patents sont l'exode rural, l'urbanisation et l'éclatement du cercle familial en cellules tiraillées entre les valeurs traditionnelles et les contraintes de l'émancipation.

Le bouleversement des rapports sociaux a eu pour conséquence l'émergence de problèmes inconnus jusqu'alors ; celui de la consommation de la drogue pouvant induire la toxicomanie. Ce danger nous interpelle plus particulièrement, son émergence par suite de son ampleur incite à une recherche tant psychologique que clinique pour en définir le pourquoi et le comment.

Ce qui permettrait de dégager des caractéristiques psychologiques qui seraient spécifiques à ces individualités :

- d'une part pour mieux les cibler c'est-à-dire en saisir le sens et la

portée

- d'autre part sur la base de ces données, établir des mesures de prévention et de prise en charge de ces personnalités

Finalement par le biais de cette investigation les buts à atteindre sont :

- identifier le phénomène de toxicomanie
- mettre en évidence ses différents paramètres
- saisir le sens ou les sens de la toxicomanie
- souligner l'importance du danger devant l'ampleur du phénomène aussi bien auprès des jeunes qu'auprès des adultes
- comprendre et resituer cette conduite dans les enjeux qu'elle suscite : sociaux, culturels et psychologiques
- définir et arrêter des mesures sociales et medico-psychologiques pour lutter contre la toxicomanie.

LA PROBLEMATIQUE

Il est établi que la non satisfaction des besoins primordiaux – affection, réalisation de soi, autorité – ou leur saturation par suite d'un excès entraînent des états de déséquilibre qui peuvent provoquer chez les sujets un sentiment d'anxiété et à la limite une conduite et une mentalité pathologique, la toxicomanie en serait une illustration.

Situées hors du champ culturel habituel et n'obéissant plus aux normes traditionnelles, les nouvelles consommations de drogues qui se trouvent des fois associées donc déréglées et dangereuses constituent un risque de dysfonctionnements et de rupture sociale.

Ce déséquilibre sur le plan de la personnalité peut s'actualiser sous la forme d'un syndrome déficitaire. C'est sur cette organisation dysfonctionnelle tant dans ses aspects intellectuels qu'affectifs et relationnels que seront annoncées les hypothèses de travail pour mieux les éprouver, les mettre à l'épreuve, juger de leur pertinence et de leur fécondité.

D'où une première question : la toxicomanie viendrait s'incruster sur une immaturité intellectuelle et de ce fait l'aggraver en détériorant la sphère perceptivo cognitive chez les sujets atteints.

Cette hypothèse pourrait s'observer sur le plan clinique sous formes de troubles de l'attention, de concentration, d'une pauvreté de langage, d'un langage dissocié, d'un imaginaire délirant avec formes hallucinatoires visuelles, cénesthésiques, de troubles de la mémoire....

L'absence de référence à un cadre spatio-temporel qui permettrait au sujet de se situer et situer des événements dans une durée permet également d'avancer l'hypothèse élective d'une désorganisation de la fonction temporo-spatiale ou simplement de ses difficultés de réalisation et notamment une désorganisation conceptuelle.

Le deuxième vecteur de questionnement portera sur l'hypothèse du déficit relationnel et de ses modalités d'actualisation. Il peut être appréhendé à deux niveaux :

- celui d'une pathologie de la relation au monde qui peut se révéler sous la

forme d'une labilité relationnelle et dont l'anxiété viendrait signer le mode de contact fréquent avec l'entourage. D'autant plus que les toxicomanes ne sont jamais seuls en cause. Leurs gestes nous interpellent et concernent aussi bien la société que le milieu familial et les structures médicales. Sur le plan clinique, cette hypothèse peut se concrétiser sous la forme d'un retrait affectif, d'un découragement, d'un désarroi, d'une tristesse, d'une excitation, d'une agressivité ou d'une franche hostilité...

- celui d'une pathologie de la relation à soi qui pourrait se traduire dans sa dimension clinique sous la forme d'un sentiment d'incapacité, de culpabilité, de dévalorisation de soi, d'échec, d'idées suicidaires...

Le troisième vecteur de questionnement portera sur le type de personnalité toxicomaniaque puisqu'il faudra recentrer les signes obtenus dans la structure de la personnalité des sujets. La question serait la suivante existerait-il un type de personnalité toxicomaniaque ou bien la toxicomanie ne serait qu'un trouble du comportement en étroite liaison avec un trouble de la personnalité ; auquel cas il faudrait définir les structures sous-jacentes et cela tant dans leurs aspects quantitatifs que qualitatifs.

Ce volet de la personnalité du toxico-dépendant pose également la question de l'environnement dans lequel évoluent les toxicomanes et les rapports qui peuvent exister entre les changements socio-culturels vécus par la société algérienne, notamment leur retentissement sur les jeunes et le développement des fléaux sociaux comme la toxicomanie.

De ce fait et comme esquisse de réponse il importe de souligner que le contexte social se singularise par une crise de société caractérisée par l'éclatement de la cellule familiale, l'effritement des valeurs, un monde frustrant et angoissant qui heurte le sentiment d'identité et d'appartenance à un groupe social.

Les violences subies font que les individus réagissent par des impulsions qui peuvent être fatales aussi bien pour eux-mêmes que pour l'entourage. Le toxicomane a recours à la drogue pour se donner une contenance, se libérer avoir une place ; mais ce processus qui est censé apporter un contrôle sur soi et sur les autres n'est qu'illusoire et ne fait que l'enfoncer dans des attitudes violentes et ambivalentes qui l'amènent à détruire et à se détruire lui-même.

La drogue exercerait un attrait irrésistible et cette fascination va donner la tonalité ambivalente à ces impulsions qui ne sont pas vécues comme contradictoires par les toxicomanes mais traduisent en fait la faiblesse du moi quant à ses capacités de défense face à un danger.

En rejetant le groupe social et optant pour la drogue, autrement dit un ailleurs normatif de nature imaginaire ; le moi du toxicomane ne fait que fusionner avec l'irréel pour plus de plaisir qui va finalement l'éloigner de la réalité et probablement le détruire progressivement.

Il semble que chez ces sujets, les symptômes – vol, alcoolisme, excitation, préoccupations somatiques, violences – sont ressentis comme agréables et que le narcissisme fréquemment observé renvoie à une organisation archaïque du psychisme. Si ces besoins narcissiques sont contrariés, le sujet se sent diminué et la dépression avec tous ses risques se manifeste. Dans les cas contraires d'excitation et d'exubérance, le

sujet se surestime, il y a alors perte de contrôle de soi et levée de toute forme d'inhibition.

Ainsi les modalités relationnelles établies aussi bien avec eux-mêmes qu'avec l'entourage s'actualisent sur un mode régressif et leur caractère objectivement destructeur semble être le phénomène central.

Comme conclusion de ces interrogations, il est important de rappeler que le centre d'intérêt principal reste cet homme et pour prendre leurs propres termes, homme qui souffre, « s'évade », « se flambe », se détruit et se meurt dans ses difficultés affectives, relationnelles et existentielles. Homme qu'il faudrait découvrir et l'aider à se découvrir, le rencontrer pour lui éviter l'aliénation, d'autant plus que la frustration et l'exclusion ne font qu'aggraver les déviances et les inadaptations sociales.

METHODOLOGIE

A /PROBLEMATIQUE CLINIQUE

Bien qu'empirique, cette recherche qui s'inscrit dans le champ d'intervention des activités de la psychologie clinique implique que soit réfléchie, définie et explicitée la méthode utilisée.

La psychologie clinique valorisant en particulier l'être existentiel et spécifique à chaque personnalité et dans un souci de réflexions éthiques, il est nécessaire de rappeler et de souligner l'importance de l'écoute, l'obligation primordiale donc pour le chercheur d'entendre les patients dans leurs souffrances plutôt que de les confronter et les soumettre uniquement à une grille de questions ou à un énoncé aussi systématique et pertinent soit-il !

Bien entendu, il ne s'agit pas de minimiser ou de négliger l'importance de l'aspect quantitatif mais la démarche clinique avec son approche descriptive et interprétative constitue un pôle essentiel dans ce travail d'investigation pour finalement observer, écouter, évaluer et interpréter.

En somme le choix de ces deux approches loin d'être contradictoires ou ambigus paraît justifié aussi bien sur le plan formel que sur le plan du contenu : il vise le fait humain dans sa spécificité et son authenticité ; fait humain qui par ailleurs n'est jamais absolu et décisif et qui restera marqué par son évolutivité et sa projection dans un devenir.

En vérité dans leur démarche heuristique le clinicien ou le chercheur se trouvent confrontés à un véritable dilemme :

- privilégier la réalité du fait clinique dans sa globalité et sa dynamique pour rendre sa vérité
- ou bien dégager des séquences dans le phénomène ou le processus, finalement le briser, le réduire pour rendre son exactitude.

Il n'est pas possible pour un clinicien qu'il soit praticien ou chercheur de faire l'économie de cette interrogation, d'une part pour le prémunir des erreurs qui pourraient être faites, d'autre part pour bien faire la distinction entre une activité de recherche et une activité clinique. D'ailleurs, c'est ce qui a été formulé explicitement par un patient

lors d'un entretien : « vous venez pour m'aider » ou « vous venez voir » !

Ce qui correspond sur un plan méthodologique à deux buts bien définis et distincts : « soigner » et « découvrir ». Bien entendu, c'est la deuxième opération qui a été retenue... non sans un certain embarras.

Cette précision apportée conforte l'interrogation et montre que la clinique est une pratique avec un sujet qui souffre et dont il faut saisir les différents paramètres alors que la recherche réduit l'objet et distingue des vecteurs différents.

Toujours est il que cette réflexion montre l'importance et l'impact de l'éthique puisque l'objet de la recherche est l'homme souffrant et que le savoir est loin d'être toujours neutre, ce qui pourrait d'une certaine manière violenter l'autre et enfreindre ses libertés d'expression. A ce propos la toxicomanie ne serait-elle pas un style de vie que choisirait l'individu ? une manière de s'identifier et de se singulariser par rapport à un milieu social ?

Il est utile de souligner certaines difficultés inhérentes à la spécificité de l'objet de cette recherche :

- l'approche du toxicomane
- sa disponibilité dans le temps et l'espace
- son consentement
- la nature de son consentement : le sujet est toujours en situation de demande, d'attente de quelque chose, de soutien, d'intérêt pour lui-même et non pas uniquement pour l'objet de la recherche
- son statut de personne « malade » qui peut dans une certaine mesure remettre en question l'objet même de la recherche puisque chez certains patients la relation au sens peut être perturbée et de ce fait la question de ce à quoi participent les sujets pourrait être compromise.
- et également des conséquences institutionnelles et sociales des investigations.

Dans le même ordre d'idées il faudrait ne pas négliger l'effet de suggestibilité, de l'influence qui peuvent faire exagérer la symptomatologie et ainsi grossir les résultats. L'effet contraire peut également être constaté, certains sujets minimisent leurs situations.

C'est bien pour une exigence de rigueur que ces réflexions ont été soulignées et non pas de simples spéculations théoriques d'autant plus qu'elles sont les résultats d'observations et d'entretiens répétés et suivis avec les sujets concernés.

Ce qui reste primordial c'est la spécificité des patients tant dans leurs modalités perceptivo cognitives qu'affectives et relationnelles ainsi que leurs attentes et la nécessité pour le chercheur de s'interroger sur les conséquences psychologiques de leur participation à la recherche.

Il est possible de reconnaître là l'originalité de la méthode clinique qui se soucie et privilégie la singularité des sujets, la totalité des situations et la rigueur scientifique se basant bien entendu sur cet effort d'explicitation des hypothèses énoncées pour rendre objectives les observations effectuées.

Observer, écouter, comprendre, expliquer et éprouver seront les attitudes

dominantes lors de ces interrogations.

PROCEDES METHODOLOGIQUES

Sur le plan pratique, le questionnement méthodologique pour évaluer l'hypothèse des dysfonctionnements relationnels tant avec autrui qu'avec soi se fonde :

1. D'une part sur l'observation clinique, l'observation individuelle répétée et suivie reste l'élément fondamental de cette approche et privilégie l'entretien, point de rencontre entre deux interlocuteurs. A ce propos il est important de rappeler ce qu'a écrit D. LAGACHE : *« Au sens des paroles se mêlent le style, l'élocution, la mimique vocale ; à l'expression verbale s'ajoutent les mimiques émotionnelles, les attitudes et les gestes, les réactions et les impressions viscérales, les actions ébauchées ou accomplies avant, pendant et après la séance »*.¹

Toujours est il que l'entretien reste structuré, notamment pour l'appréciation des troubles de la personnalité. La technique suivie pour avoir des informations sur le vécu des prises de drogue consiste en un entretien clinique d'inspiration interactive. Ceci signifie que le clinicien participe à l'élaboration de la problématique du patient en l'amenant à préciser son vécu et de lui trouver un sens. Cette dimension qui prend en considération l'explication donnée par le patient quant à sa consommation de la drogue, peut être le moment propice pour le clinicien d'avancer des interprétations et le cas échéant amener les sujets à des prises de conscience.

Il s'opère donc une forme d'élaboration de la problématique interne du sujet focalisée sur la place qu'occupe la drogue dans son organisation psychique.

L'autre dimension de l'entretien porte sur les conditions de consommation de la drogue. Le toxico-dépendant est sollicité pour donner une description de cette situation et cela dans ses plus menus détails pour mieux apprécier et en dégager tous les déterminants et de ce fait relancer la discussion :

- ② comment s'est il procuré la drogue ?
- ② à quel âge a-t'il débuté ?
- ② la consommation de la drogue en solitaire ou en groupe ?
- ② avec des personnes de son âge ou plus âgées ?
- ② le type des lieux ?
- ② les techniques utilisées ?
- ② quel est son état d'esprit, ses pensées, ses sentiments ?....

Un dernier axe de l'entretien évalue globalement les rapports au social chez les toxico-dépendants :

- ② l'état du milieu familial : parents divorcés, eux-mêmes toxico-dépendants, parents aisés....
- ② les antécédents scolaires pour appréhender la discipline, les fugues, les difficultés, voire l'échec scolaire.
- ② l'adolescence, il importe de relever les indices de délinquance

¹ LAGACHE. (D) : La Psychanalyse .PUF 1967

comme les agressions, les vols, les poursuites judiciaires pour consommation ou vente de cannabis et psychotropes. indices qui peuvent amener à l'instabilité professionnelle au chômage, à une forme de délinquance adulte et le cas échéant à des structurations franchement pathologiques et psychiatriques.

2. D'autre part, il est procédé à l'utilisation systématique sur les sujets observés de « l'Echelle Abrégée d'Appréciation Psychiatrique » d'après P.Pichot ; J.E.Overall et D.R.Gorham. {B.P.R.S}, dans le but de mieux cibler et cerner ce syndrome déficitaire dans sa coloration affective et également pour plus de rigueur dans l'étude de ces situations où il est malgré tout difficile de saisir le dynamisme de ces évolutions dysharmoniques et dysfonctionnelles. Néanmoins cette échelle {B.P.R.S} permet d'approcher les traits de personnalité et les états psychiques qui pourraient sous-tendre et spécifier les modalités relationnelles des sujets toxico-dépendants, aussi bien dans leurs rapports avec eux-mêmes que dans leurs échanges avec l'environnement. La notion de trait évoquerait une permanence dans la façon d'agir et de réagir alors que celle d'état psychique renvoie à des formes de pensée et des attitudes qui seraient temporaires.
3. Pour évaluer l'hypothèse du syndrome déficitaire dans sa dimension perceptivo-cognitive, ces sujets toxico-dépendants sont soumis au test graphique de la Figure de Rey – où il s'agit dans un premier temps de copier la figure et dans un deuxième temps de reproduire de mémoire cette figure. En comparant les productions obtenues avec la figure d'origine, il est possible d'apprécier les distorsions et les difficultés de structurations cognitives ainsi que d'éventuels troubles mnésiques.

L'intérêt de ce test réside dans le fait que l'expression graphique pourrait restituer la personnalité de l'individu et reste un moment privilégié de la communication.

En même temps qu'elles permettent d'éprouver les hypothèses avancées, les expressions graphiques présentent cet avantage de rendre une empreinte concrète de la personnalité de ces sujets, elles seraient le creuset où se fondent les différentes dimensions de leurs personnalités, cela tant dans leurs aspects psychomoteurs – que dans leurs composantes affectivo-cognitives et rendraient ainsi les multiples facettes de l'unité de l'être vivant un processus de dysfonctionnement et en situation.

C'est cette dimension intérieure qu'il serait souhaitable d'explorer dans sa labilité, son inconsistance, son impulsivité, sa dispersion ou son immaturité. De ce fait il est utile de rappeler que tout trait graphique rend un modèle de conduite et une tonalité émotive.

L'appoint du graphisme et son utilisation comme mode expressif particulier et également comme moyen de communication s'articule avec les autres éléments de l'observation.

CONTEXTE INSTITUTIONNEL ET POPULATION

Nous adressons nos plus vifs remerciements à l'équipe soignante qui nous a permis d'avoir accès à son service et de faire nos observations dans les meilleures conditions de travail.

L'obstacle majeur qui se dresse et qui peut interférer dans un sens ou dans l'autre pour le bon déroulement de cette étude est celui de la constitution d'un ensemble de sujets toxicomanes qui seraient bien homogénéisés et bien spécifiés tant sur le plan des critères quantitatifs que sur celui des aspects qualitatifs. A titre d'exemple cette population recouvrait aussi bien des mineurs que des personnes adultes... ce qui n'est pas sans poser de problèmes.

Ceci étant précisé, il s'avère que toutes les observations ont été effectuées à l'hôpital psychiatrique de Sidi Chahmi (Oran) notamment au Pavillon 3 où se trouve une population composée de patients à fortes incidences pathologiques aux formes associées, et en particulier au Centre de Désintoxication où se présentent des sujets soit de leur propre initiative, soit accompagnés de leurs parents, soit sur le conseil de leur médecin traitant ou d'une institution suite à une injonction thérapeutique.

A son admission, le patient prend connaissance du règlement intérieur du service et signe un contrat d'engagement pour une cure de désintoxication. L'objectif thérapeutique à moyen terme reste l'abstinence et pour cela des contrôles stricts pour déceler la consommation de cannabis ou de psychotropes sont effectués au moyen d'analyses d'urine fréquentes. Le non respect par le patient de son engagement pris au début de la cure à renoncer à toute prise de drogue conduit à l'interruption de l'hospitalisation et par suite à son renvoi du Centre.

De ce fait il importe de souligner que les mesures prises par le Centre excluent toute une catégorie de toxico-dépendants pour lesquels l'abstinence reste un objectif non réalisable. Il s'agirait de sujets totalement ancrés dans le milieu de la drogue et peu portés à quitter un certain style de vie.

A titre indicatif, soixante et seize (76) patients dont trois (3) femmes ont été observés et suivis dans les limites de leurs disponibilités.

LES SPECIFICITES DE LA PROBLEMATIQUE

L'observation des cas cliniques et l'application systématique de l'Echelle Abrégée d'Appréciation Psychiatrique {B.P.R.S} permettent dans un premier temps : d'une part d'évaluer globalement les hypothèses avancées (se référer au premier texte) ; d'autre part d'établir et de préciser davantage leurs corollaires tout en les enrichissant puisque cette recherche s'inscrit sur un plan plus vaste où il s'agit d'établir et de définir les liens qui pourraient s'établir avec les notions de médecines, maladies et société.

La société algérienne vivant une période de changements qui ne s'effectuent pas sans provoquer des confrontations et des conflits remettant en cause les valeurs qui dominaient et régissaient jusqu'alors la conduite des individus aussi bien dans leurs relations à eux-mêmes que dans leurs échanges avec les milieux environnants, se trouve actuellement interpellée et sommée de trouver ou de proposer des réponses à différentes situations concrètes pour assurer son fonctionnement et son développement.

L'apparition de fléaux sociaux comme par exemple la toxicomanie est une de ces

situations dramatiques qui obligent à une mobilisation pour étudier ce phénomène, le comprendre, l'expliquer, mettre en lumière ses différents aspects pour mieux le cerner et proposer éventuellement des réponses pour sa prévention.

Il importe de rappeler comme il l'a été déjà souligner que l'enquête sur cette population de sujets, consommateurs compulsifs de drogues, se fait essentiellement au Centre de Désintoxication de Sidi Chahmi. Cette précision est importante parce qu'elle a permis de mettre en évidence une hypothèse sous jacente corollaire à la problématique énoncée, c'est que le toxicomane ne se contente pas uniquement de transgresser les normes et les valeurs de son milieu d'origine mais également il peut récidiver et transgresser les interdits et règlements qui peuvent avoir cours dans une institution sociale, où il est censé suivre un traitement médical. Ceci n'est pas systématique à tous les sujets de ce Centre mais c'est une caractéristique psychologique qui s'est concrétisée, elle est relativement fréquente et de ce fait elle peut être retenue.

Dans l'approche de cette problématique, il semble important également de s'interroger sur le vécu et la qualité du processus psychosociologique portant sur les possibilités d'intégration sociale ou au contraire son échec qui peut entraîner la déviance sous toutes ses formes. L'observation de ces sujets permet de voir une certaine vulnérabilité face aux conditions de vie actuelles : familles dissociées, parents eux-mêmes toxico-dépendants, échec scolaire, formation insuffisante, diminution de la solidarité sociale, effritement du tissu social, chômage... Toutes ces difficultés provoquent une situation conflictuelle où l'individu se sent de plus en plus isolé, marginalisé, exclu et poussé à la désinsertion sociale. Sur le plan clinique la dimension sociale de la toxicomanie se trouve caractérisée par ce processus dynamique d'intégration sociale atypique (instabilité) ou à la limite franchement déviant et inadapté.

Ce qui permet d'introduire le pôle de la psychopathologie comme science des troubles psychiques et des dysfonctionnements relationnels tant chez l'individu lui-même que dans ses échanges avec le milieu extérieur. Il est important de rappeler et de souligner la dimension de ce pôle psychopathologique puisque c'est une référence obligée et à laquelle il est constamment fait appel, d'une part pour mieux comprendre la texture complexe et dense de ces personnalités et d'autre part définir le mieux possible le concept de toxicomanie qui se trouve dans certains cas en étroite relation avec des troubles du comportement et qui relèvent franchement de la psychiatrie à tel point qu'il est permis de s'interroger sur la primauté du facteur déclenchant : est ce la compulsion de répétition qui va entraîner la dépendance ou est ce la médication prescrite lors d'un trouble du comportement qui va être la cause déclenchante de l'addiction ? Il n'est pas possible de faire l'économie de cette question pour une définition objective de la toxicomanie. Cette référence à la psychopathologie induit l'importance du regard médical qui est porté sur la toxico-dépendance.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit du diagnostic d'un état de dépendance à une ou plusieurs substances et d'une perte du contrôle du soi qu'il s'agit de traiter et bien entendu prescrire un médicament. Sur le plan psychologique, ce dernier peut être investi différemment par l'usager compulsif dépendant sous la forme par exemple de l'auto-médication. Ce qui n'est pas spécifique uniquement à la toxicomanie et pourrait

connaître sa pratique dans d'autres maladies.

Mais le but de ce travail est de se centrer sur les dysfonctionnements relationnels et les difficultés d'insertion sociale qui sont en fin de compte les constituants fondamentaux du diagnostic de dépendance à une substance et représentent des conséquences possibles de nombreux troubles psychiques associés à la toxicomanie. En effet les symptômes observés : dépressivité, anxiété, irritabilité, impulsivité, hostilité, fatigabilité, mémorisation défaillante, difficultés d'attention... nuisent aux compétences intellectuelles et sociales.

Il est donc patent que l'usage intempestif et réitéré des drogues provoque des troubles de l'humeur chez ces sujets et s'ils atteignent un certain seuil de gravité peuvent entraîner non seulement une inadaptation mais encore une fracture au sein du sujet lui-même et par conséquent une fracture avec son environnement social. D'où l'importance de se centrer sur ce phénomène de la toxicomanie où interfèrent différents facteurs : psychologiques, sociales, économiques, culturels...

Pour la définition de ce concept, il est fait référence à celle donnée par l'OMS, désignant comme toxicomane toute victime d'une pharmacodépendance ou d'une psychodépendance [ou de ces deux formes de dépendance à la fois]. Dans notre société algérienne c'est une pratique qui devient de plus en plus inquiétante – voir pour cela les nombreux comptes rendus de presse – et ayant cette caractéristique majeure qu'elle va à l'encontre des règles et valeurs communément admises et se trouve de ce fait désapprouvée. Il y a là encore une fois, la perspective psycho-sociologique qui classe la toxicomanie comme une déviance c'est-à-dire une conduite qui transgresse les normes et qui est désignée comme telle.

Cette dimension prend toute son importance sur le plan clinique parce qu'elle montre le rôle actif joué par le toxicomane qui reste empreint d'une forte ambivalence, tiraillé entre son désir d'intégration sociale et son sentiment d'échec qui amène l'isolement et l'exclusion. Le toxicomane stigmatisé et dévalorisé dans son être peut investir le produit drogue comme un remède miracle.

L'usage compulsif de cette substance toxique peut prendre la forme d'une automédication qui peut induire, d'une part le renforcement de l'identité déviante en adhérant de plus en plus à la valeur drogue, d'autre part un passage à l'acte hétéro-agressif (violences, vols...) ou auto-agressif (auto-mutilations fréquentes chez le toxicomane).

Le questionnement sur le phénomène de toxicomanie qui est actuellement une réalité dans notre société et l'observation sur le terrain de sujets toxico-dépendants montre l'extrême complexité de ce fléau dont les causes sont multiples et interagissent les unes sur les autres. Son appréciation auprès d'une population, certes réduite mais suivie dans un Centre institutionnel permet d'en délimiter les grandes lignes en mettant en évidence les aspects scientifiques fondamentaux sus-cités : en l'occurrence la perspective psycho-sociologique avec le processus dynamique d'intégration / désinsertion sociale et la perspective psycho-pathologique pour mieux mettre en évidence la personnalité du toxicomane marquée par les dysfonctionnements traduisant des désordres beaucoup plus profonds.

Il importe de mettre en évidence l'influence respective du processus adaptation /

désinsertion sociale et celle du pôle psychopathologique sur la persévérance des conduites toxicomaniaques. C'est cette dernière dimension qui sera privilégiée pour en saisir les aspects dysfonctionnels et situer davantage la personnalité du toxicomane.

En fin de compte il importe de souligner la question suivante : la toxicomanie peut elle être envisagée avant tout comme la manifestation d'une psychopathologie, autrement dit est ce une maladie mentale ? Ou bien serait elle la résultante d'un malaise conflictuel qui va spécifier et donner son originalité à la personnalité du toxicomane ?

ANALYSE DES RESULTATS ET EVALUATION DES HYPOTHESES

Les résultats qui vont être présentés ont été obtenus suite à l'application systématique de l'Echelle Abrégée d'Appréciation Psychiatrique {B.P.R.S} complétée par des questions posées lors des entretiens ciblant en particulier l'histoire personnelle des sujets notamment leurs milieux familiaux, leurs antécédents scolaires, la période de l'adolescence, l'âge adulte avec la vie professionnelle tout en appréciant certaines caractéristiques psychopathologiques actuelles qui peuvent interférer avec certaines formes de désinsertion sociale ainsi que d'éventuels antécédents psychiatriques.

SYNTHESE STATISTIQUE SUR 76 SUJETS

De la population observée, il a été retenu un nombre de 76 sujets de tous âges et a été établie également une série de 15 indices permettant de dégager les incidences psychopathologiques et les modalités de désinsertion sociale qui activent dans la toxicomanie.

1)-Répartition du nombre de sujets en fonction du sexe

Sexe M : 73
Sexe F : 03 dont 1 mineure (17 ans)

2)-Répartition du nombre de sujets en fonction de l'âge

de 15 à 17 ans :	03	03.94 %
de 18 à 20 ans :	06	07.89 %
de 20 à 29 ans :	22	28.94 %
de 29 à 39 ans :	33	43.42 %
40 ans et plus :	12	15.78 %

3)-Répartition du nombre de sujets en fonction de l'état civil

célibataire :	49	64.47 %
marié :	13	17.10 %
divorcé :	11	14.47 %

4)-Répartition en fonction du niveau d'instruction

illettré :	18	23.68 %
primaire :	38	50 %
secondaire :	19	25 %
universitaire :	01	01.31 %

5)-Répartition en fonction des produits de consommation

alcool :	02	02.63 %
cannabis :	05	06.57 %
psychotropes :	08	10.52 %
poly. :	61	80.26 %

6)-Répartition en fonction de l'usage des psychotropes en auto-médication :
somnifères, antidépresseurs, tranquillisants

* usage avec prescription sur ordonnances :		
	17	22.36 %
* usage en auto-médication sans ordonnance :		
	59	77.63 %

7)-Répartition en fonction de la présence de consommation de drogue dans leurs familles

* présence :	39	51.31 %
* absence :	37	48.68 %

8)-Répartition en fonction de l'âge au début de la consommation de drogue

de 12 à 17 ans :	03	03.94 %
de 18 à 20 ans :	14	18.42 %
de 20 à 29 ans :	31	40.78 %
de 29 à 39 ans :	23	30.26 %
40 ans et plus :	05	06.57 %

9)-Répartition en fonction du mode de consommation de la drogue

* en solitaire :	04	05.26 %
* en groupe restreint :	53	69.73 %
* en groupe large :	19	25 %

10)-Répartition en fonction des antécédents scolaires : absentéisme, indiscipline, retard scolaire, échec...

* présence :	57	75 %
* absence :	19	25 % (dont 18 illettrés et 1 universitaire)

11)-Répartition en fonction des conduites délictueuses et délinquantes : fugues, vols, agressions, violences...

* présence :	74	97.36 %
* absence :	02	02.63 %

12)-Répartition en fonction de la vie professionnelle : instabilité dans le travail, sans emploi, actifs.

* sans emploi :	32	42.10 %
* instabilité dans le travail :	38	50 %
* actifs :	06	07.89 %

13)-Répartition en fonction des antécédents psychopathologiques et psychiatriques

* épisodes dépressifs		
- présence :	35	46.05 %
- absence :	41	53.94 %
* conduites auto-destructrices, auto-mutilations		
- présence :	49	64.47 %
- absence :	27	35.52 %
* overdoses, tentatives de suicide :		
	05	06.57 %
* épisodes psychotiques		
- présence :	08	10.52 %
- absence :	68	89.47 %

14)-Répartition en fonction du nombre de cures de désintoxication suivies

* traitement en cours :	64	84.21 %
* rechutes :	12	15.79 %

15)-Répartition en fonction de la situation géographique

* Oran :	42	55.26 %
* autres villes :	34	44.73 %

ECHELLE ABREGEE D'APPRECIATION PSYCHIATRIQUE

L'échelle abrégée d'appréciation psychiatrique {B.P.R.S} comprend une série de 18 symptômes dont l'évaluation va de l'absence du symptôme jusqu'au degré considéré comme extrêmement important. Son application systématique sur les 76 sujets donne les résultats statistiques suivants :

- nbre de sujets : 58

1- *Préoccupations somatiques* : - pourcentage : 76.31 %

- degré : important

- nbre de sujets : 60
- 2- *Anxiété* : - pourcentage : 78.95 %
 - degré : important
- nbre de sujets : 35
- 3- *Retrait affectif* : - pourcentage : 46 %
 - degré : moyen
- nbre de sujets : 04
- 4- *Désorganisation conceptuelle* : - pourcentage : 05.26 %
 - degré : très peu
- nbre de sujets : 28
- 5- *Sentiment de culpabilité* : - pourcentage : 36.84 %
 - degré : peu
- nbre de sujets : 36
- 6- *Tension* : - pourcentage : 47.36 %
 - degré : moyen
- nbre de sujets : 06
- 7- *Maniérisme et attitude* : - pourcentage : 07.9 %
 - degré : très peu
- nbre de sujets : 04
- 8- *Mégalomanie* : - pourcentage : 05.26 %
 - degré : très peu
- nbre de sujets : 35
- 9- *Tendances dépressives* : - pourcentage : 46 %
 - degré : moyen
- nbre de sujets : 70
- 10- *Hostilité* : - pourcentage : 92.10 %
 - degré : très important
- nbre de sujets : 30
- 11- *Méfiance* : - pourcentage : 39.47 %
 - degré : peu
- nbre de sujets : 42
- 12- *Comportement hallucinatoire* : - pourcentage : 55.26 %
 - degré : assez important
- nbre de sujets : 16

- 13- *Ralentissement moteur* : - pourcentage : 21 %
 - degré : peu
 - nbre de sujets : 08
- 14- *Non coopération* : - pourcentage : 10.52 %
 - degré : très peu
 - nbre de sujets : 06
- 15- *Pensées inhabituelles* : - pourcentage : 07.9 %
 - degré : très peu
 - nbre de sujets : 07
- 16- *Emoussement affectif* : - pourcentage : 09.2 %
 - degré : très peu
 - nbre de sujets : 32
- 17- *Excitation* : - pourcentage : 42.10 %
 - degré : moyen
 - nbre de sujets : 05
- 18- *Désorientation* : - pourcentage : 06.57 %
 - degré : peu

EVALUATION DE LA PREMIERE HYPOTHESE : FIGURE DE REY

L'application du test de la figure de Rey, dans son premier temps qui consiste à reproduire le modèle présenté, ne donne pas de résultats particulièrement significatifs. Les sujets réussissent dans l'ensemble cette épreuve de reproduction sans grandes difficultés.

Par contre lorsqu'il s'agit de reproduire de mémoire cette figure, les sujets manifestent des réticences, éprouvent des difficultés à se concentrer, se découragent, avouent qu'ils l'ont oubliée, et n'arrivent pas à obtenir le résultat escompté. Ils tracent juste quelques ébauches de parties composant la figure : 51 % des sujets connaissent des troubles de la mémoire.

Il importe de souligner l'importance de cet indice parce qu'il peut être à l'origine d'une surdose. Le sujet oubliant qu'il a déjà pris son toxique va encore en prendre, donc accroître sa consommation et se trouve ainsi « piégé » dans une emprise insupportable, il perd tout sens des risques toxiques. Ce pouvoir amnésiant du toxique est annonciateur de la soumission chimique et par suite du comportement dépendant du toxicomane.

Néanmoins à la fin de l'épreuve quand les sujets sont invités à examiner et à critiquer leurs graphismes ils reconnaissent leurs lacunes et la production verbale de ces sujets bien que pauvre ne montre pas de désorganisations idéiques notables, autrement dit il n'y a pas d'incohérence ou de confusion patentes dans leurs discours.

L'expérience clinique montre que ces sujets par suite du vécu d'une situation conflictuelle intense paraissent bloqués et n'arrivent pas à une élaboration mentale suffisante qui puissent leur permettre de « digérer » et « tempérer » intellectuellement leurs chocs affectifs. Cette déficience pourrait expliquer l'impulsivité dont ils font preuve dans leurs comportements, notamment les auto-mutilations et scarifications fréquentes chez les toxicomanes.

Toujours est il que le graphisme dans son ensemble présente une certaine inconsistance qui rendrait la précipitation dans l'exécution motrice de la figure de Rey et également des difficultés affectives que pourraient vivre ces sujets.

Ainsi l'hypothèse sur la détérioration de la sphère perceptivo cognitive se trouve infirmée globalement et seule la dimension mnésique est affectée. Ceci se trouve corroborer par les résultats obtenus à l'item 4 du {B.P.R.S} : seuls 05.26 % des sujets présentent une désorganisation conceptuelle et 06.57 % présentent une désorientation ; ce sont plutôt des sujets qui éprouvent des difficultés de compréhension et dont l'incidence psychiatrique est importante.

EVALUATION DE L'HYPOTHESE SUR LA PATHOLOGIE DE LA RELATION AU MONDE

L'hypothèse d'une pathologie de la relation au monde, qui porte donc sur l'état des liens qu'entretient le toxico-dépendant avec la société conventionnelle paraît dans son ensemble confirmée comme le montrent les indices retenus.

L'usage répété de la drogue compromet l'intégration sociale de l'individu. Le mécanisme de socialisation constitutif du sentiment d'appartenance au groupe et que l'individu réalise par le biais de différentes instances tels que la famille, l'école, les pairs, l'emploi, le mariage, paraît déficient. Cette caractéristique est particulièrement présente chez les usagers de drogue. L'équilibre psycho-social est d'autant plus compromis lorsque cette déficience s'effectue précocement, qu'elle le devient à l'adolescence et qu'elle peut être accentuée par des milieux familiaux eux-mêmes toxico-dépendants. Pour apprécier la qualité du rapport qui existe entre la dimension psycho-sociologique et la toxicomanie se référer aux indices de répartition cités ci-dessus : 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12.

L'adolescence semble être la période la plus sensible et la plus déterminante pour l'évolution du trouble addictif d'autant plus qu'elle coïncide avec la fin de la scolarité obligatoire, ponctuée chez ces sujets par des résultats médiocres (échec scolaire, renvoi, désintérêt pour l'école, fugues). Le vécu de ces indices de déviance indique une éventuelle évolution vers des difficultés d'intégration sociale et la constitution de bandes et de groupes déviants. L'entrée dans le monde de la drogue passe par certains paliers où divers produits licites comme la cigarette, puis illicites sont utilisés successivement dès le début de l'adolescence.

Les modalités relationnelles qui se tissent dans ces groupes peuvent présager du degré d'engagement ultérieur dans les conduites addictives : processus d'apprentissages de techniques et d'attitudes concernant l'usage de produits toxiques et pression exercée

sur l'individu afin qu'il se conforme aux normes du groupe et qui finalement vont provoquer un changement de la personnalité elle-même.

La présence de comportements délictueux et délinquants à l'âge adulte – vols, agressions, emprisonnements – relevés chez ces sujets (voir indice de répartition n : 11) semble être la suite logique de la délinquance juvénile et s'accompagner d'une consommation croissante et diversifiée de toxiques (poly toxicomanie). En fin de compte ce sont l'instabilité professionnelle (indice 12), le chômage, le célibat prolongé, les divorces, les violences qui viennent concrétiser la perturbation des rapports au social chez les toxico-dépendants et qualifient ainsi sur un mode pathologique leurs relations avec la société conventionnelle.

Paradoxalement, l'exclusion sociale, la marginalisation poussent le toxicomane à rechercher le contact avec le monde de la drogue qui va fonctionner comme un médiateur relationnel imprégné d'ambivalence dans la mesure où il va perdre le lien avec le groupe social et rétablir un autre avec des groupes déviants pour une hypothétique quête de soi, d'appartenance au groupe, de sécurité, de gratifications.....

EVALUATION DE L'HYPOTHESE SUR LA PATHOLOGIE DE LA RELATION A SOI

C'est cette pathologie de la relation à soi qu'il importe maintenant d'illustrer sur la base des résultats obtenus. Il est établi que l'inactivité et la défection des liens sociaux sont nuisibles pour l'équilibre psychique de l'individu. Le stress provoqué par le vécu de la marginalité, de l'exclusion peut annoncer des troubles psychiques tels que les perturbations de l'humeur, des sentiments d'incapacité, d'échecs, d'idées suicidaires qui vont induire le recours à la drogue dans un but à la fois d'auto-médication et de passage à l'acte, c'est-à-dire la concrétisation directe d'un malaise interne dans le comportement.

Pour évaluer l'importance et la qualité du lien qui existe entre la toxicomanie et les facteurs psychiques ou psychopathologiques se référer aux items du {B.P.R.S} ainsi qu'aux indices de répartition établis : 6 et 13.

L'équilibre tant psychique que somatique peut être altéré par l'usage abusif de drogues. Fumer un joint, prendre des comprimés peut être valorisant / culpabilisant mais cette ambiguïté est génératrice d'une certaine ambivalence et la transgression de l'interdit qui l'accompagne ne peuvent que provoquer l'anxiété. Le {B.P.R.S} montre que l'anxiété est un indice relevé fréquemment dans la façon d'être des toxico-dépendants (78 % des sujets). Ils manifestent de l'inquiétude, des craintes se sentent très préoccupés et cette intensité des expériences subjectives se concrétise par des somatisations (76 % des sujets). Les sentiments de découragement, d'incapacité, de dévalorisation de soi qui accompagnent ces expériences soulignent la tonalité dépressive relativement fréquente chez les toxico-dépendants (46 %).

Le stress, expression d'un conflit interne se traduit concrètement par l'auto-médication. La majorité des sujets observés (77 %) ont pris des psychotropes – somnifères, antidépresseurs, tranquillisants – en auto-médication sans ordonnance.

L'autre facteur qui peut jouer un rôle dans la prise de toxiques et qui relève de la psychopathologie est l'indice d'hostilité apparaissant nettement aussi bien au niveau du {B.P.R.S} (92 % de sujets) qu'au niveau des indices de répartition établis (97 %).

Ils attribuent l'origine de leurs souffrances psychiques à la société elle-même et l'accablent de tous les torts. Ce mécanisme projectif est propre aux personnalités psychopathiques qui rejettent sur autrui la responsabilité du malaise intérieur qu'ils vivent.

L'animosité, l'agressivité, la violence, les ressentiments, la précipitation excessive, l'agitation, l'ambivalence, spécifient la tonalité bruyante des conduites addictives. Cette excitation dominante, expression d'une mal vie peut se concrétiser dans un passage à l'acte auto agressif et autodestructeur. Ce sont les auto-mutilations relevées fréquemment chez les toxico-dépendants (64 % des sujets) ainsi que la possibilité des overdoses et des tentatives de suicides (7 %).

Ce comportement auto agressif peut avoir une résonance autopunitive suite à un sentiment de culpabilité (37 % de sujets) et provoquer éventuellement des conduites suicidaires. Fortement ambivalent le sujet toxicomane semble jouer avec la mort tant pour faire pénitence que pour se garder de toute intention coupable.

Il s'avère que la toxicomanie a un lien étroit avec des facteurs psychiques et psychopathologiques notamment des troubles dépressifs qui peuvent annoncer une dépendance aux psychotropes ou bien des antécédents de troubles de la conduite qui se trouvent réactivés par suite de frustrations, d'un sentiment de vacuité et de rejet.

EVALUATION DU QUESTIONNEMENT SUR LA TOXICOMANIE COMME MALADIE MENTALE

Quand au vecteur de questionnement qui envisageait la toxicomanie comme étant une maladie mentale les résultats obtenus paraissent partiellement infirmer cette hypothèse.

Le lien entre toxicomanie et psychopathologie paraît significatif lorsqu'il est fait référence aux auto-mutilations fréquentes chez les toxico-dépendants (64 %) qui connaissent également des tentatives de suicide et des overdoses. Ces indices montrent l'importance des conduites auto-destructrices qui caractérisent particulièrement le comportement des toxicomanes.

Le rapport entre conduites addictives et psychopathologie s'établit également par le biais des épisodes dépressifs (46 %) vécus par ces sujets. Le corollaire de ce facteur est la prescription de médicaments qui peuvent accentuer la dépendance. Les résultats montrent que (77 %) de ces sujets consomment des psychotropes en auto-médication, sans ordonnance.

A noter également que (55 %) de ces sujets vivent des expériences hallucinatoires (voir le {B.P.R.S}) mais ont conscience du caractère anormal de leurs perceptions ; ce qui réduit fortement l'aspect psychopathologique de cet indice.

Les relations entre toxico-dépendance et psychopathologie se trouvent relativisés quand il est fait référence aux indications portant notamment sur l'indice de coopération des ces sujets (voir le {B.P.R.S}). La majorité d'entre eux manifeste leur bonne volonté

envers l'interlocuteur. Le contact avec l'environnement est toujours maintenu. Il n'y a pas de bizarrerie dans le comportement du type de ceux qui font remarquer un malade mental dans un groupe de gens normaux.

Généralement les patients ne présentent pas de désorganisation conceptuelle, il n'y a pas d'incohérence ou des troubles de la pensée ({B.P.R.S} item 4). De même ils n'expriment pas d'idées insolites ou bizarres (item 15). Le fonctionnement mental dans son ensemble paraît adéquat même s'il n'est pas d'un niveau élevé.

Finalement la qualité de ces liens entre conduites addictives et psychopathologie traduit les dysfonctionnements relationnels qui s'opèrent au sein de l'individu lui-même ainsi que dans ses rapports avec le milieu social et peuvent être compris comme la résultante à la fois d'une psychopathologie spécifique et d'un mode de vie en société qui serait particulier à ces groupes marginaux.

CONCLUSION

Le but de cette étude était de mettre en évidence les caractéristiques des dimensions psychopathologiques et psychosociologiques qui interagissent et s'avèrent avoir un lien étroit avec les conduites addictives. Bien entendu, il n'est pas question d'occulter la multidimensionnalité de cette entité clinique qu'est la toxicomanie ou de vouloir simplifier sa complexité mais de délimiter le schéma explicatif médical en lui associant d'autres approches d'une pratique moins courante pour la prise en charge des toxico-dépendants.

Les excitations émotionnelles, les désarrois induits par l'intensité des conflits poussent les usagers de drogue à adopter des attitudes contradictoires, ambivalentes et sont à l'origine des dysfonctionnements relationnels accentués par la dépendance à une substance c'est-à-dire la soumission du sujet à une seule activité : la consommation incontrôlée et la quête incoercible du toxique.

L'équilibre du sujet se trouve compromis, aussi bien dans sa relation à soi que dans ses échanges avec le milieu extérieur. Le toxico-dépendant vit un processus de violences, violences sur soi qui se traduisent par des auto-mutilations ; violences sur autrui qui se concrétisent par des délits pour financer l'achat de la drogue et amènent l'usager des toxiques à basculer dans la déviance en adoptant ses lois et ses valeurs.

Le degré de conflictualité qui s'instaure entre le monde de la déviance et celui de la société conventionnelle, vécu par ces sujets met en jeu des attitudes divergentes et antagonistes, pouvant s'associer à des troubles psychiques et engendrer dans les cas graves des entités et invalidités psychiatriques.

Les conduites addictives avec leur corollaire de trouble de la maîtrise de soi se singularisent par leur aspect involontaire, ce qui atténue dans un certain sens leur gravité, les rend socialement tolérables et permet leur prise en charge médicale, d'autant plus que le discours médical ne peut se représenter autrement que comme pathologique la réitération compulsive d'une conduite très nocive pour la santé. La perception médicale de la toxicomanie vient renforcer l'image du toxico-dépendant malade et sans volonté et accentue de ce fait le stéréotype social du drogué apathique, sans résistance et irresponsable.

L'identification à un tel portrait permet au toxicomane d'être plus ou moins accepté par la société. Par suite de son inertie (dépendance et passivité) il sera tenté d'adhérer au modèle de la maladie pour se justifier, acquérir des bénéfices secondaires avec tous les risques de déresponsabilisation qui peuvent être encourus. Le dérapage vers le statut de personne assistée au lieu d'une dynamique d'intégration sociale est alors une éventualité certaine.

En somme dans sa dimension psychopathologique la toxicomanie se singularise par une forte ambivalence qui peut se concrétiser :

- / d'une part sous la forme d'une hétéro agressivité : vols, délits, violences et conférant ainsi aux toxico-dépendants une *identité déviante*.

- / d'autre part sous la forme d'une auto agressivité se traduisant par des auto-mutilations attribuant ainsi aux conduites addictives un signe spécifique qui peut être retenu comme un *marqueur identitaire*.

Les observations cliniques ont montré une vulnérabilité prononcée chez ces sujets par suite du sentiment d'échec, de dévalorisation de soi, de malaise et le recours à la drogue est vécu comme un moyen de calmer les douleurs, de lutter contre le sentiment de vide et l'anxiété. Dans sa tentative d'auto médication le toxico-dépendant investit inconsciemment la drogue comme un moyen de réguler l'économie de son psychisme et de faire face à son angoisse, sans y parvenir, venant ainsi confirmer une organisation défensive défaillante.

Dans son expression psychosociologique, le recours au toxique fonctionne comme un médiateur relationnel dans la mesure où la fréquentation des usagers de drogue apparaît souvent dans le discours des toxicomanes, que ce soit au niveau des jeunes patients (la bande) ou d'adultes (le groupe). Ce qui leur donne le sentiment d'appartenance à un groupe aussi marginal soit-il (visites au Centre de Désintoxication) et incite les sujets à suivre les conduites de leurs pairs ; la consommation de la drogue se trouve ainsi renforcée.

En effet la prise de toxiques permet de nouveau l'intégration dans une communauté de marginaux et redonne le sentiment de sécurité psychique dans les rapports à l'autre chez ceux qui vivent de telles situations.

Finalement il en résulte un cercle vicieux où se renforcent mutuellement les différentes incidences psychopathologiques et les différentes modalités de désinsertion sociale qui activent dans le schéma constitutif de la toxicomanie, dont un élément dominant peut être le facteur déclanchant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Anzieu (D) : Le groupe et l'inconscient
Paris Dunod 1978
2. Bastide (R) : Anthropologie appliquée
Payot 1971
3. Bergeret (J) : La personnalité normale et pathologique
Paris Dunod 1974
4. Bergeret (J) : Toxicomanies et réalités
P.U.Lyon 1979
5. Bergeret (J) : Le toxicomane et ses environnements
Support INSERM. Paris P.U.F 1980
6. Bergeret. Fain : Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane
Paris Dunod 1981
7. Bergeret (J) : La violence fondamentale
Paris Dunod 1984
8. Bergeret (J) : Les toxicomanes parmi les autres
Paris Editions O.Jacob 1990
9. Bergeret (J) : Toxicomanie et Personnalité. PUF 1994
10. Bettelheim (B) : Les blessures symboliques
Paris Gallimard 1974
11. Davidson – Phloquet – Bellanger : Les jeunes et les drogues permises et interdites
Genèse et évolution de la toxicomanie.
Paris INSERM 1980
12. Durkheim : Les règles de la méthode sociologique
Paris P.U.F 1977
13. Erikson : Enfance et Société
Delachaux et Niestlé 1976
14. Jung (C.G) : Dialectique du Moi et de l'inconscient
Paris Gallimard 1974
15. Lagache (D) : La Psychanalyse PUF 1967
16. Moron (P) : Le suicide PUF 1975
17. Oughourian (J.M) : La personne du toxicomane
Toulouse Privat 1974
18. Olienvenstein : Ecrits sur la toxicomanie
Paris Editions Univ. 1973