



RECIDIVE DES TOXICOMANES

DALLI BALETA LYNDA CAROLE

RESUME

L'objectif de ce travail est de déceler les facteurs qui influencent la récurrence des toxicomanes. Ce sont Quarante (40) pensionnaires dont 20 de la croix bleue et 20 de l'ONG REMAR qui ont participé à l'étude. Trois techniques de recherche ont été utilisées. Il s'agit du questionnaire, de l'entretien et de l'observation. L'analyse des données a montré que la mauvaise réintégration sociale influence la rechute du toxicomane. En effet, l'instabilité du milieu familial, le groupe de pairs et la stigmatisation favorise la récurrence du toxicomane.

Mots clés : Toxicomanie, récurrence, stigmatisation, groupe de pairs, milieu familial

ABSTRACT

The objective of this work is to detect the factors which influence the relapse of drug addicts. Forty (40) residents, including 20 from the Blue Cross and 20 from the NGO REMAR, participated in the study. Three research techniques were used: questionnaire, interview and observation. Data analysis showed that poor social reintegration influences the drug addict's relapse. Indeed, the instability of the family environment, the peer group and the stigma favor the recidivism of the addict.

Keywords: Drug addiction, recidivism, stigma, peer group, family environment

Received 04 May, 2024; Revised 12 May, 2024; Accepted 15 May, 2024 © The author(s) 2024.

Published with open access at www.questjournals.org

I. INTRODUCTION

Selon le Rapport mondial sur les drogues 2023 publié par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), le nombre de personnes qui s'injectent des drogues en 2021 est estimé à 13,2 millions, soit 18 % de plus que les estimations précédentes. Au niveau mondial, plus de 296 millions de personnes ont consommé des drogues en 2021, soit une augmentation de 23 % par rapport à la décennie précédente¹. Cette consommation accrue de la drogue n'est pas sans conséquences.

Pour Ogien, (2017), la drogue développerait la délinquance, aggraverait l'insécurité, propagerait des maladies et causerait l'échec scolaire. Aussi les usagers de substances nocives ont le plus souvent leurs familles, leurs santés physiques et mentales détruites. Karila (2017) abonde dans ce sens lorsqu'il affirme que l'utilisation de cannabis peut entraîner de nombreux symptômes à court terme, tels que la dépersonnalisation, la déréalisation, des hallucinations, des idées paranoïaques et des troubles cognitifs.

Cette réalité complexe et multifacette suscite beaucoup de polémiques. En effet, la société a une vision plutôt négative des consommateurs de drogues. Elle ne voit que des personnes enfermées dans un cycle infernal d'où ils ne peuvent sortir. Les recherches stipulent qu'entre 40% et 90% des personnes présenteraient au moins une rechute après avoir reçu des services d'aides. Plus de la moitié de ces usagers feraient appel de nouveau aux services et 13% utiliseraient les mêmes services à 5 reprises et plus (Douaihy et al., 2007).

Selon les résultats d'une étude exploratoire auprès de 120 usagers de drogues en Côte d'Ivoire à Abidjan, 96% souhaitent se sevrer, 93.6% ont essayé un sevrage au moins une fois sans y parvenir (dont 3/4 ont essayé au moins 4 fois). 1/3 ont testé une des structures proposant un sevrage sans finaliser la cure. (Evanno et al., 2016)

Ces études faisant état de l'impact négatif de la rechute sur le processus de rétablissement des toxicomanes, des avancées considérables ont donc été accomplies dans la compréhension de ce phénomène ces dernières années. Des modèles explicatifs ont fourni des apports théoriques permettant d'éclairer l'étiologie ou l'histoire naturelle de ce phénomène. Farges (1998) énonce spécifiquement la question de l'influence de

¹ <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>

l'environnement comme facteur de déclenchement, de maintien et de sortie de la toxicomanie. L'approche thérapeutique communautaire fait référence essentiellement à un modèle psychologique, psychodrame ou comportemental selon les lieux. En effet fréquenter à nouveau un groupe de pairs toxicomanes, c'est courir à grands pas vers la récurrence (Tremblay et al.,2000).

Brisson (2000) indique que de nombreux éléments peuvent illustrer en partie la rechute. Pour lui, ce phénomène « n'est pas seulement le manque d'un fonctionnement externe d'essai et d'erreur comme le présentent les approches comportementales ». Il expose donc plusieurs facteurs pouvant être à l'origine de la récurrence : l'angoisse du passé, la nécessité d'occuper un temps à présent libre, une nostalgie, ainsi qu'un manque engendré par la cessation des habitudes liées à la prise de psychotropes.

Pour Chen (2003), les dépendances aux drogues, qu'il s'agisse du début et/ou du maintien subviendraient après un excès d'évènements stressants négatifs comme les conflits familiaux. Si la famille et les proches blâment souvent les personnes qui souffrent de dépendance en leur reprochant d'être les seules responsables de leur « maladie », cela peut favoriser la récurrence. Toutefois ce jugement de responsabilité unique envers les personnes plutôt qu'envers leurs troubles peut s'expliquer par un manque d'information et de compréhension de ce dernier (Cassen et Delile ,2007). Witzkiewitz et Marlatt (2004) ajoutent, à cet effet, que la rechute devrait être vue comme un processus multidimensionnel et dynamique dans le temps. Cette conception de la rechute inclut et distingue les facteurs prédisposant des facteurs prédictifs et des facteurs précipitant. Ainsi selon ces auteurs, la façon dont les personnes dépendantes réagiraient lorsqu'elles sont confrontées à certaines situations détermine leurs attitudes face à la drogue.

En plus de ces apports théoriques qui ont pour objectif de mettre en lumière les causes de la rechute des toxicomanes, plusieurs politiques de santé publiques ont été mises en place pour réduire la prévalence de la dépendance aux drogues et les taux de rechutes. En Côte d'Ivoire, il a été mis en place des moyens tels que la répression, mais aussi la prise en charge au travers des structures telles que la Croix Bleue, le Centre Régional de Formation à la Lutte contre la Drogue(CFRLD), l'Institut National de Santé Publique (INSP). Ces prises en charge visent à faire sortir le toxicomane de sa dépendance. Elle a également ratifié plusieurs conventions internationales concernant la lutte contre la drogue. Il s'agit notamment de la convention unique sur les stupéfiants de 1961, de la convention sur les substances psychotropes de 1971 et de la convention contre le trafic illicite des stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

Toutefois, malgré toutes ces actions, on constate que les rechutes ne cessent d'augmenter. Elles sont de plus en plus récurrentes dans les centres de désintoxication. Selon les données de L'ONG REMAR, 55% de rechutes ont été enregistrés au cours de l'année 2017 à l'ONG REMAR .

Pourquoi en dépit des efforts de prise en charge (actions de l'Etat Ivoirien ou Initiative privé) à travers les centres de désintoxication, pour la lutte contre le phénomène de la toxicomanie, observe-t-on une recrudescence de la récurrence toxicomaniaque ?

Cette étude se propose de décoder les facteurs qui influencent la récurrence des toxicomanes.

L'hypothèse qui se dégage de cette étude est la suivante, la mauvaise réintégration sociale favorise la récurrence du toxicomane.

L'étude s'inscrit dans le cadre théorique de la théorie du contrôle social de Hirschi,(1969) .

La théorie du contrôle social pourrait permettre de démontrer que le degré du lien social détermine la rechute ou la non rechute du toxicomane. L'ex- toxicomane qui envisage la récurrence va se poser la question sur la réaction ou l'opinion des individus avec qui, il entretient des relations interpersonnelles, avec les gens de son entourage (familial, professionnel). En fait plus les liens sont distendus ou rompus, plus l'ex toxicomane a les chances de tomber à nouveau dans la toxicomanie.

II. MÉTHODOLOGIE

2-1- Site et participants à l'étude.

L'étude s'est déroulée à Abidjan en Côte d'Ivoire. Pour la sélection des participants, nous avons adopté une approche élargie pour mieux cerner la récurrence des toxicomanes. Il nous apparaissait juste, de considérer que les centres s'occupant de la toxicomanie seraient les meilleurs endroits, du fait de la disponibilité des toxicomanes récidivistes qui sont en traitement et aussi des agents. Nous avons donc pris attache avec le centre d'accueil de la Croix Bleue situé à Williams Ville(Abidjan). La Croix Bleue(CB) est un centre de désintoxication, de traitement, de réhabilitation des alcooliques et des toxicomanes. Nous avons également pris contact avec l'Organisation Non Gouvernementale de Resocialisation des Marginaux (ONG REMAR) située à Yopougon Semler(Abidjan). Cette ONG s'occupe de la réhabilitation, resocialisation, rééducation et réinsertion socio professionnelle des personnes marginalisées dont les usagers de drogue.

La population est constituée de la population cible, c'est-à-dire les pensionnaires de la Croix Bleue et de REMAR, qui nous ont parlé de leurs rechutes. Et de population témoins, en l'occurrence les agents des structures précitées et l'entourage familial des patients. La population témoin nous a permis de mieux nous renseigner sur la récurrence des toxicomanes dans la mesure où ils investissent sur plusieurs dimensions (facteur

de risque, environnement, démarche thérapeutique entreprise, etc.) afin d'ajuster l'accompagnement et le plan d'action à la personne toxicomane récidiviste, mais également de mieux cerner le vécu des pensionnaires.

La recherche a permis de dégager un échantillon de 81 individus répartis comme suit

- Quarante (40) pensionnaires dont 20 de la croix bleue et 20 de l'ONG REMAR,
- Trente (30) membres de la famille des pensionnaires
- Onze (11) agents des structures de prise en charges des usagers de drogues.

2-2-Instruments de collecte des données.

Les données de cette étude ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire, d'un entretien et de l'observation.

Le questionnaire est une combinaison de questions fermées nous permettant d'obtenir des réponses précises et des questions ouvertes pour recueillir les propos des enquêtés. Nous avons choisi d'administrer le questionnaire aux familles des toxicomanes récidivistes. Ceci se justifie par le fait que cette catégorie ne dispose pas d'assez de temps pour notre étude. Notre questionnaire s'organise autour de quatre (04) thématiques à savoir l'identification, la connaissance générale du phénomène de la toxicomanie, l'environnement du toxicomane et le contexte de la récidive.

Dans le cadre de l'étude, nous avons eu recours à un entretien semi directif. Nous disposons d'un certain nombre de questions guide relativement ouvertes sur la toxicomanie et sur la récidive des toxicomanes en particulier. Ainsi, nous avons laissé les enquêtés parler ouvertement dans les mots qu'ils souhaitent et dans l'ordre des questions qui leur convient.

L'entretien avec les pensionnaires et le personnel des centres de désintoxication a été choisi car ces deux catégories de personnes constituent les acteurs susceptibles de rendre compte au mieux les raisons de la rechute. L'entretien a permis aux toxicomanes récidivistes et aux personnels des centres de s'exprimer librement.

Il a été procédé à une observation directe des toxicomanes récidivistes, notamment sur leurs réactions en période de manque, leurs apparences physiques, leurs attitudes envers le personnel et leurs parents. En outre, afin d'obtenir certaines informations des pensionnaires, sur le sens qu'elles donnent à leurs comportements et apprécier l'écart qui peut exister entre le discours de l'individu présent dans son groupe, devant un spécialiste et celui produit lorsqu'il est rencontré seul.

2-3- Analyse des données

Pour le traitement des données, l'analyse quantitative et l'analyse qualitative ont été utilisées.

L'analyse quantitative a permis de dégager un profil de l'ensemble des caractéristiques de nos sujets à savoir l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le statut professionnel, le sexe, la fréquence des récidives, Nous avons regroupé ces données dans les tableaux et réaliser un traitement statistique descriptif. Elle a été utilisée pour quantifier les résultats issus de notre enquête.

L'analyse qualitative a permis de comprendre le vécu des toxicomanes récidivistes. La méthode de référence a été la phénoménologie, car il s'agit d'appréhender la réalité des toxicomanes telle qu'elle se présente.

III. RÉSULTATS

La présentation des résultats s'articule autour des points suivants : les caractéristiques des toxicomanes récidivistes, le traitement adapté et les facteurs explicatifs de la rechute

3-1- Caractéristiques des toxicomanes récidivistes

3-1-1- Caractéristiques socio démographiques

L'enquête montre que les différentes tranches d'âges qui récidivent le plus dans la prise de substances toxiques sont les tranches 18-25ans (35%) et 26-35ans (30%). Les toxicomanes récidivistes sont donc à majorité jeunes. Dans cette période de la vie, ils cherchent à s'insérer dans la vie professionnelle, privilégient plus les relations de groupe.

Concernant le niveau d'étude, les toxicomanes qui semblent le plus récidiver ont un niveau d'étude généralement secondaire (57,5%) ou supérieur (22,5%). Les toxicomanes récidivistes sont à plupart instruits et leurs niveaux d'instructions sont élevés. Ce qui nous amène à déduire que le niveau d'instruction élevé contribue à maintenir l'usage de la drogue et à le rendre problématique.

Selon les données de l'enquête, l'on remarque que la tranche de travailleurs (22.5%) constitue le plus petit pourcentage. Lorsque nous parlons de travailleurs, nous faisons allusion aux fonctionnaires, aux activités libérale, stages rémunérés, Les toxicomanes récidivistes sont généralement des élèves- étudiants (37.52%) et au chômage (40%). Ils ne disposent donc d'aucune activité et sont limités financièrement. Ainsi pour oublier leurs soucis ils empruntent la voie de la consommation de la drogue qui entraîne des rechutes.

Pour ce qui est de la situation matrimoniale, les résultats montrent que les récidivistes sont majoritairement célibataires (65%), la tranche de Marié(e)/ couple et divorcé(e)/ veuf(ve) ont respectivement 25% et 10%. Les toxicomanes récidivistes n'ont généralement pas d'attache qui pourrait constituer un facteur de protection. Par couple, nous faisons également allusion aux personnes vivant en concubinage. Il est constaté également que les hommes (90%) récidivent plus que les femmes (10%). Ceci est du fait que les hommes consomment plus la drogue à cause de leur désir de transgresser les normes et de montrer leur virilité, ils sont donc par conséquent plus sujet aux rechutes.

3-1-2- Fréquence des rechutes des toxicomanes

Tableau de répartition des toxicomanes récidivistes selon la fréquence des rechutes

Nombre de rechutes	Effectif	Pourcentage
1	7	17,5%
2	11	27,5%
3	14	35%
Plus de 3 fois	8	20%
Total	40	100%

Le tableau nous donne les détails sur la fréquence des récidives des pensionnaires. Nous constatons que les toxicomanes ayant fait l'objet de trois récidives ont le plus fort pourcentage (35%) ; ceux ayant 2 récidives viennent en deuxième lieu (27.5%) ; puis viennent respectivement ceux ayant fait 40 plus de trois récidives (20%) ; et une récidive (17.5%). La fréquence élevée à laquelle les pensionnaires récidivent laisse transparaître la présence de certains éléments qui déclenchent leurs récidives lorsque ces derniers se trouvent confrontés au monde extérieur des centres de traitement.

3-1-3- Substances consommées par les toxicomanes récidivistes

L'étude révèle que les toxicomanes récidivistes sont généralement des poly consommateurs, ils associent 2 à 5 substances illicites et licites telles que la cocaïne, le crack, la marijuana, le cannabis, la cocaïne, l'alcool, le tabac..., pour la tranche de 02 substances, le pourcentage est de 20%, celui de la tranche de 03 substances est 35% et les pourcentages des tranches de 04 et 05 substances sont respectivement de 32.5% et 10%. Ceci peut s'expliquer par le facteur que, dans leurs quêtes de sensations nouvelles, les toxicomanes récidivistes ajoutent des substances à ceux qu'ils consommaient déjà. Il n'en demeure pas moins que certains toxicomanes fassent usage d'une seule substance illicite (2.5%).

3-2- TRAITEMENT DU TOXICOMANE RECIDIVISTE

3-2-1- CROIX BLEUE

- Le diagnostic

Il s'agit pour le spécialiste de constater l'effectivité de la récidive. Lorsque ceci est fait, le spécialiste cherche à connaître les causes de la rechute du patient afin de mieux orienter la prise en charge.

- La prise en charge du patient

Il y a deux régimes de traitement, le traitement ambulatoire et le traitement par hospitalisation. Le traitement ambulatoire, c'est lorsque la prise en charge médicale du patient se fait sans hospitalisation, le patient reste chez lui tout en suivant son traitement.

Le traitement par hospitalisation, le patient est interné au centre et suit son traitement, toutefois le choix de traiter un patient en ambulatoire ou hospitalisation dépend de certaines conditions à savoir, le type de substance à laquelle il est addict, l'état clinique du patient, la disponibilité d'une personne majeure pour rester au près du patient si l'état clinique exige qu'il soit traité en hospitalisation.

La prise en charge est pluridisciplinaire, elle comporte la prise en charge médicale (thérapeutique), la prise en charge sociale, la prise en charge psychologique. Elles se déroulent concomitamment.

➤ **La prise en charge sociale**

Elle est généralement régie par les assistants sociaux, dans cette phase. On distingue 3 phases, l'accueil la pré-cure, les visites à domiciles pour la réinsertion.

L'accueil se fait toujours. L'usager bien accueilli se sent aimé et en confiance, Il sera donc plus facile pour lui de s'ouvrir et de désirer sa guérison.

La pré-cure est caractérisée par un entretien préliminaire qui consiste à établir avec le toxicomane une relation de confiance, à entraîner une prise de conscience de la rechute et à créer une motivation réelle à l'abstinence et au changement. En effet, cet entretien préliminaire appréciera la demande, le désir de cure de désaccoutumance, de changement de vie et contribuera à la préparation de la cure en expliquant son déroulement. La demande de la cure doit être exprimée par le toxicomane. Il est nécessaire de proposer un véritable contrat stipulant qu'il s'engage vis-à-vis de l'équipe.

Pour ce qui est des visites à domiciles et appels téléphoniques, il s'agit pour les assistants sociaux d'effectuer des visites pour voir l'état du patient, de maintenir en quelque sorte les relations avec lui. Car après son traitement, le patient retournera chez lui.

➤ **La prise en charge médicale**

La prise en charge médicale consiste à traiter les complications dues à l'usage de drogue et également les complications liées au sevrage. Pour les cas de psychose, le traitement médical porte sur les antipsychotiques. Pour les cas d'insomnies, le traitement est à base de benzodiazépines indiqués également dans le traitement de l'anxiété ou comme relaxants musculaires. Les antidépresseurs sont utilisés pour traiter les désordres affectifs majeurs qui se caractérisent par un état dépressif soutenu pendant au moins deux semaines ou par une perte d'intérêt ou de plaisir à mener des activités.

➤ **La prise en charge psychologique**

La prise en charge psychologique comporte la thérapie individuelle, la thérapie de groupe et la thérapie familiale.

La thérapie individuelle : c'est une sorte de face à face entre le toxicomane et le thérapeute. Elle permet au psychologue de connaître l'histoire personnelle du patient, comprendre le contexte de sa récurrence, comprendre sa situation familiale, professionnelle et sociale et surtout dédramatiser la rechute qu'il a faite. C'est à dire lui faire comprendre le message de considérer les rechutes comme faisant partie des processus de guérison. Et enfin proposer des outils concrets performants pour maintenir l'abstinence que sont l'entretien motivationnel et les thérapies cognitivo comportementales.

La thérapie de groupe : puissant outil thérapeutique, elle permet l'échange entre les toxicomanes. Elles sont également caractérisées par des groupes de discussion autour d'un thème choisi soit par le thérapeute soit par les patients. Cette thérapie favorise le partage d'expérience, l'identification à des modèles, l'expression des sentiments, et insister sur le soutien mutuel.

Les thérapies familiales : il s'agit d'accompagner les personnes proches à ce qu'elles puissent aussi introduire des changements dans leurs comportements et dans leurs attitudes afin d'éviter de tomber dans les anciennes habitudes. Ces méthodes aident à améliorer la communication dans la famille, car on mettra à la disposition des proches, les mêmes outils de traitements qu'on propose à leurs proches dépendants. A toutes ces thérapies s'ajoute la méditation spirituelle, les loisirs et le sport.

3-2-2- L'ONG REMAR

La prise en charge au sein de l'ONG REMAR s'effectue en 3 phases.

D'abord nous avons la phase préparatoire. Cette phase consiste en l'accueil, la réception puis l'écoute du demandeur ou patient. Ici il s'agit de constater qu'il s'agit de récurrence. Lorsque le constat est fait qu'il s'agit d'une récurrence, l'individu reprend son traitement au tout début comme s'il s'agissait d'une première consommation. Cette phase est très importante, car elle permet de détecter le degré de motivation du patient, connaître l'adhésion effective de la personne à son traitement et d'orienter les stratégies de prises en charges.

La première phase du traitement ou de la réhabilitation dure 03 mois et cela se déroule en pension dans un centre REMAR-CI en zone rurale appelé ferme agro pastorale, c'est dans cette phase que se déroule l'amorce du sevrage pour l'usager de drogue, la phase de désaccoutumance, et cela se fait par les éducateurs de pairs. L'individu est coupé de tout contact avec l'environnement qui peut l'ébranler, cette phase est essentiellement spirituelle, elle se fait à l'aide de la prière. L'individu devient enraciné dans la spiritualité et au cours de cette phase, le patient reçoit des enseignements bibliques pour approfondir sa relation avec DIEU, fait l'étude des vertus humaines à partir de la chrétienté.

La deuxième phase qui consiste à l'approfondissement de la parole de DIEU se fait pendant trois (03) mois et se déroule dans une pension dans un centre en zone urbaine. C'est au cours de cette phase que l'on

entretient le sevrage du patient. Des tests leurs sont soumis afin de voir la progression de leurs traitements. A partir de cette phase, l'on permet une ouverture à l'environnement au patient, mais cette ouverte est restreinte.

Enfin la troisième phase. Au cours de celle-ci, le patient est préparé à la réinsertion sociale. L'on lui apprend comment se conduire, et faire face aux aléas de la vie en société. Une fois dehors, il est également préparé à la réinsertion professionnelle, c'est-à-dire on lui apprend un métier afin de lui permettre une réintégration adéquate en société. Pour ceux qui sont encore en âge d'aller à l'école, une éducation scolaire leur est proposée. Cette phase se déroule au centre de formation à un métier (mécanique auto-électronique-peinture auto –menuiserie-couture), et ce pendant 6mois et plus. Tout dépend de la capacité d'apprentissage de l'individu.

3-3- FACTEURS EXPLICATIFS

Tableau de répartition des facteurs explicatifs selon les enquêtés

Facteurs de risques	Effectifs	Pourcentages
La stigmatisation	16	40
Les groupes de pairs	14	32,5
L'instabilité du milieu familial	11	27 ,5%

- **La stigmatisation**

Les résultats montrent que la stigmatisation constitue un facteur de récurrence. 40%des toxicomanes interrogés attribuaient leurs récurrences à la stigmatisation. La stigmatisation des toxicomanes entraîne l'exclusion sociale et l'exclusion professionnelle. Une intégration sociale réussie implique une coopération entre l'ancien usager de drogue et la société, cependant nous constatons que les personnes ayant eu un lien avec la drogue sont craintes et sujettes au blâme de la population, il en résulte que ces personnes sont victimes de discrimination et d'exclusion. Il porte encore le nom de « **drogué** » bien qu'ils aient abandonné l'usage de la drogue. Ce sentiment de rejet va conduire ces derniers à se replier sur eux et les entraîner à une récurrence. L'analyse qualitative des résultats de notre étude nous a permis de relater quelques propos.

Selon Ahmed : « *après ma sortie de la structure de traitement, j'étais déterminé à vivre une nouvelle vie sans drogue, mais au quartier, personne n'avait confiance en moi. Toutes les décisions se prenaient sans moi. Les jeunes de mon quartier refusaient de s'approcher de moi sous prétexte que j'allais dépendre sur eux. On m'appelait le drogué, bien que j'aie arrêté l'usage de la drogue. Je me sentais constamment seul, et humilié. N'en pouvant plus, je me suis rapproché de ces anciens compagnons avec qui je prenais la drogue, eux ils m'ont accueilli à bras ouvert. Cette proximité avec ces anciens amis m'a fait retomber dans la drogue* ».

Les propos de cet enquêté viennent étayer la manière dont anciens usagers de drogues sont perçus après leurs sorties du centre de désintoxication. En outre, lorsque nous nous référons aux dires de Mickael « *Vivant dans une cour commune, je n'avais plus le droit de durer dans la douche au risque de me voir accuser d'être y aller fumer la drogue. Lorsque je ris trop, on dit de moi que je suis décalé, et lorsque j'affiche une mine sereine, ils déduisent que je suis en manque. Voici mes nouveaux noms : drogué ; junkie ; décalé ; gbané² ... ; ils utilisent ces noms pour parler de moi, et ce même en ma présence. Ils se comportent envers moi comme si j'étais un sous homme n'ayant aucune émotion* », nous voyons ici l'ampleur de la stigmatisation qui peut exister au sein de nos sociétés et pourrait être un facteur susceptible de récurrence.

Cette attitude de la société face aux anciens consommateurs de drogue entraîne également l'exclusion sociale. En effet l'étiquette de toxicomane que possèdent les anciens usagers de drogues, fait qu'ils sont considérés comme des criminels. Une telle attitude empêche beaucoup d'entreprise à recruter ces anciens usagers de drogues et là, impossible pour eux de subvenir à leurs besoins et occuper leurs temps libres. Cela donne place à l'oisiveté mère de tous les vices, même certains qui travaillent dans l'informel ont du mal à trouver un financement pour démarrer leurs activités. Un enquêté nous explique son vécu : « *Après mon traitement, j'ai eu du mal à me trouver un bon emploi, juste quelques petits boulots qui arrivent à peine à couvrir les besoins de ma famille et moi. Je suis obligé de quêmander de l'argent pour assurer la scolarité de mon dernier fils. Ceci me faisait ressentir chaque jour un sentiment de honte et d'humiliation. Ne pouvant plus tenir, j'ai été me procurer de la drogue pour oublier mes soucis* » Le témoignage de ce enquêté nous montre la difficulté des anciens usagers de drogue à trouver un emploi et quand bien qu'ils arrivent à trouver un emploi, ces derniers ne trouvent pas l'épanouissement nécessaire au travail et ne bénéficient pas d'ouverture d'accueil de la part de leurs collègues. Ceux-ci développent une certaine supériorité et méfiance à leurs égards.

² Expressions utilisées en Côte d'Ivoire pour désigner un toxicomane

- **L'instabilité du milieu familial**

La famille, institution de socialisation de l'individu contribue grandement à la resocialisation de l'ex usager de drogue, donc son dysfonctionnement peut entraîner la récurrence du toxicomane. Le traitement du toxicomane nécessite l'aide de la famille. En effet après sa sortie du centre de traitement, il faudrait l'apport de la famille pour un suivi, pour l'aider à faire face à la société. Car pour certains le retour à la réalité est difficile, se rendre compte que les problèmes accumulés avant La thérapie ne se sont pas envolés comme par magie pendant leurs absences est souvent un choix difficile à encaisser seul. Et lorsque sa famille ne lui apporte pas le soutien qu'il s'était imaginé, c'est à-dire être accueilli les bras grands ouverts, l'individu peut facilement retomber dans la toxicomanie. Selon Rodrigue : *« À ma sortie du centre de désintoxication, personne n'est venu m'accueillir, de retour à la maison personne n'avait l'air content de me voir. C'était comme si je n'ai manqué à personne. Malgré ma détermination à montrer que j'avais changé, l'on me traitait toujours de toxicomane dès qu'une dispute éclate à la maison »* les dires de Rodrigue nous montrent comment les anciens usagers de drogues sont traités une fois à la maison. Le fait également de se sentir culpabilisé par sa famille s'avère dangereux pour l'ancien usager de drogue, certaines familles accusent ce dernier d'être le seul et unique responsable des problèmes qu'ils rencontrent, et le qualifient de méchant, d'inconscient qui ne mérite aucune aide. C'est le cas de Roger, qui ayant fait une rechute qui nous explique son récit *« j'ai passé 10 jours en centre de désaccoutumance, j'avais plus vraiment les nouvelles de la famille. Je ne voyais plus personne sauf ma sœur qui était à mes côtés. Une fois à la maison, j'apprends que papa qui m'avait motivé dans ma décision d'arrêt est décédé, cette nouvelle m'a tellement déstabilisé. Durant des mois, il ne passe un jour sans qu'un membre de la famille ne me rappelle d'une manière ou d'une autre que j'étais responsable de la mort de papa, je me sentais terriblement mal. N'en pouvant plus, et dans un moment de faiblesse, je refis usage de la drogue »*.

Il y a également le témoignage de Bintou : *« J'ai regagné difficilement mon foyer après mon traitement car mon mari disait ne plus vouloir auprès de lui une consommatrice endurcie de la drogue. C'est après plusieurs négociations que je fus acceptée à la maison. Mais son indifférence et son mépris me faisaient beaucoup de mal. En plus de cela, mes enfants m'évitaient tout temps, bien que nous soyons dans la même maison. J'étais comme un fardeau pour eux. Comment tenir le coup lorsque tes propres enfants te disent sans remords qu'ils ne t'aiment plus car tu es celle qui a mis la honte sur leurs vies. Pour surmonter cela, j'ai dû consommer à nouveau la drogue. C'est ainsi que vous me voyez ici pour la 4ème fois »*.

En outre il faut aussi dire que le non maintien constant d'un climat familial favorable, à savoir la présence de conflits conjugaux peuvent constituer la récurrence d'un ancien usager de drogues. Voici le récit de Stéphane : *« j'ai découvert des messages qui prouvent que ma femme me trompait. Je lui ai demandé espérant qu'elle me prouve le contraire, mais elle a osé confirmer mes soupçons en me traitant d'incapable et de drogué. Malgré tout, j'ai pardonné et elle est restée dans le foyer. Cet acte que j'ai posé n'empêchait pas ma femme de rentrer souvent tard, et ceci occasionnait des bagarres et des disputes. Cette atmosphère de la maison coïncida avec le manque de la drogue qui s'installait en moi me conduisant directement à la récurrence »* nous voyons ici comment l'instabilité du milieu familial entraîne la récurrence de l'ex usager de drogue.

- **Le groupe de pairs**

L'ancien usager de drogue, qui fréquente toujours les pairs consommateurs de drogue finira par retomber dans la drogue. Plusieurs enquêtés de notre étude attribuent leurs récurrences à la fréquentation de groupes de pairs toxicomanes. Selon le tableau ci-dessus, 32.5% désignent l'attachement à un groupe de pairs toxicomanes comme facteur de leurs récurrences. Cet attachement au groupe de pairs est le plus souvent le résultat de situation telle que la surestimation de leurs forces, le rejet ou l'incompréhension de la famille. Le fait de surestimer ses forces peut conduire l'ancien usager de drogue à fréquenter ses amis consommateurs de drogues. En effet l'individu veut se prouver à lui-même et aux autres qu'il est guéri de la drogue et maîtrise la situation. Cette attitude l'expose alors à des situations de risques tels que les railleries, le « baptême ». Le baptême est une sorte de pratique organisé par un groupe de pairs consommateurs de drogues pour dire au revoir à l'un des leurs qui abandonne la drogue. Cette pratique est en quelque sorte un piège qui conduit l'individu à consommer à nouveau la drogue. Voici le récit d'Yves : *« À ma sortie du centre, j'ai annoncé à mes amis ma résolution d'arrêt définitif de consommer de la drogue. Ils n'en croyaient pas leurs oreilles, puis finalement, ils ont décidé qu'on devait faire mon baptême, c'était en quelque sorte pour faire mes adieux à la drogue. Durant mon baptême qui a duré plus longtemps que prévu, je ressentis à nouveau le désir de prendre ces drogues qui étaient exhibés devant moi... ainsi entra aux oubliettes mes bonnes résolutions d'arrêter de prendre la drogue »*. Suivant cette même cadence, Ibrahim nous raconte comment il est tombé dans le piège de la drogue après avoir baissé sa garde *« Après mon traitement, je n'ai pas trouvé utile de me séparer de mes amis qui consommaient encore la drogue malgré les avertissements des spécialistes du centre. Je me trouvais assez mûr pour éviter le piège de la drogue. Mais à chaque fois que je sortais avec mes amis, je refusais de toucher*

à la drogue, et toutes les fois il me qualifiait de mouilleur, de fils à maman. Et les railleries devenaient récurrentes. C'est ainsi qu'un jour, sous la pression de leurs moqueries et le manque qui devenait grand, j'ai recommencé à prendre la drogue » Ces propos semblent au mieux traduire la fragilité à laquelle s'expose un ancien consommateur de drogue lorsqu'il continue d'entretenir le lien d'attachement qui existe entre lui et son ancien groupe de pairs consommateur de drogue.

La famille, lorsqu'elle développe de l'incompréhension à l'égard de l'ex usager de drogue, le pousse à se tourner vers ses anciens amis consommateurs de drogues et finit par redevenir toxicomane. Le récit d'Abou ne nous dira pas le contraire « *Malgré le risque de récidiver que j'encourais, j'ai continué à fréquenter mes anciens amis car là-bas j'avais le sentiment d'être aimé. Ils me donnaient de la valeur, contrairement à ma famille qui me rejetait sans cesse. Puis un jour nous sommes allés faire une activité pénible, ils m'ont donc proposé de prendre la drogue pour être super actif. Sur le champ j'ai refusé mais sur leurs insistances et par peur d'être mis à l'écart, j'ai fini par accepter et je me suis retrouvé à nouveau dans l'engrenage de la drogue* » les propos de ce enquêté nous montrent l'importance de l'attachement à un groupe de pairs dans la genèse de la rechute de l'ex usager de drogue. En effet, lorsqu'un individu a l'habitude de fréquenter un groupe de pairs toxicomanes, son comportement est fortement calqué sur la majorité, l'individu est enclin à adopter la tendance générale afin d'être comme tout le monde et d'affirmer son appartenance au groupe. Prendre de la drogue est alors un comportement normalisant, il est encore une façon de s'attirer le respect des autres, à contrario, l'individu dont le comportement ne s'adapterait pour se conformer à celui du groupe pourrait être considéré comme un être bizarre, sujet de railleries de ses pairs.

En définitive notre étude sur les facteurs qui conduisent à la récidive montre que trois facteurs majeurs semblent expliquer au mieux la récidive du toxicomane. Il s'agit de l'attachement à un groupe de pairs déviants ; la stigmatisation et l'instabilité du milieu familial.

IV. DISCUSSION ET CONCLUSION

Le cadre de référence théorique a essentiellement été construit sur la théorie du contrôle social de Hirschi. Cette théorie permet dans l'ensemble d'analyser la rationalité de rechute des toxicomanes, tandis que l'autre volet de recherche tente de rechercher les éléments psychologiques ou sociaux qui sont statistiquement associés avec le fait de récidiver.

Les résultats de cette étude s'inscrivent dans la perspective de la théorie. En effet les résultats de l'étude ont montré que la récidive des toxicomanes est expliquée par la stigmatisation. (40%) des enquêtés attribuent leurs récidives à la stigmatisation. La stigmatisation que subissent les anciens usagers de drogues engendre des émotions telle que la honte, le regret, la frustration entraînant à nouveau la prise de substances. Des études antérieures confirment nos résultats. Ces études incriminent manifestement les problèmes émotifs et les problèmes personnels ou vécus par les individus pour expliquer le retour aux consommations de drogue. Par ailleurs Brisson (2000) affirme que des éléments peuvent illustrer en partie la rechute. Il expose donc plusieurs facteurs pouvant être à l'origine de la récidive. Il s'agit en outre de l'angoisse du passé, la nécessité d'occuper un temps à présent libre, une nostalgie, ainsi qu'un manque engendré par la cessation des habitudes liées à la prise de psychotropes.

Pour ce qui est du milieu familial, l'étude montre que l'instabilité ou le dysfonctionnement familial du toxicomane entraîne sa récidive. Plusieurs usagers de drogues après le traitement, ne reçoivent pas de soutien adéquat venant de la famille, au contraire, ils sont rejetés, traités comme coupables des problèmes dont sont sujets la famille. Ceci crée un milieu familial hostile à l'ex usager. Ils sont le plus souvent confrontés à plusieurs problèmes conjugaux. Tous ces incidents précipitent la rechute dans la toxicomanie. Certains auteurs abondent dans ce sens. En effet Si la famille et les proches blâment souvent les personnes qui souffrent de dépendance en leur reprochant d'être les seules responsables de leur « maladie », cela peut favoriser la récidive. Toutefois ce jugement de responsabilité unique envers les personnes plutôt qu'envers leurs troubles peut s'expliquer par un manque d'information et de compréhension de ce dernier (Cassen et Delile, 2007). Chen (2003) suit cette logique. Selon lui, les dépendances aux drogues, qu'il s'agisse du début et/ou du maintien subviendraient après un excès d'événements stressants négatifs comme les conflits familiaux.

Les résultats de l'étude ont aussi mis en évidence que le groupe de pairs toxicomanes constitue un facteur de la récidive du toxicomane. Adhérer à un groupe, c'est adhérer à ses normes, ses valeurs. Donc intégrer un groupe de pairs toxicomanes, c'est rouvrir la porte à la consommation de la drogue. 32.5% désignent l'attachement à un groupe de pairs comme facteur de leur récidive. Cet attachement au groupe de pairs est le plus souvent le résultat de situation telle que la surestimation de leurs forces, le rejet ou l'incompréhension de la famille. Tremblay et al (2000) ont mis en évidence l'influence des pairs sur la cause et la poursuite des conduites toxicomaniaques. Pour ces auteurs, fréquenter à nouveau un groupe de pairs toxicomanes, c'est courir à grands pas vers la récidive.

Les résultats obtenus au cours de cette recherche nous permettent de confirmer l'hypothèse selon laquelle la mauvaise réintégration sociale influence la rechute du toxicomane. Cependant la petitesse de notre

échantillon (40 individus) et le cadre limité à la Croix Bleue et l'ONG REMAR ne nous permettent pas de faire une généralisation sous réserve de résultats. Aussi, voudrions-nous inviter des chercheurs à mener des études sur cette thématique afin connaître les différents facteurs de la récurrence des toxicomanes dans l'optique de conclure par des mesures de prévention.

Ainsi comme mesures qui peuvent être adaptées pour réduire la prévalence avec laquelle les récurrences sont faites, nous suggérons qu'il ait la mise en place de pratiques juridiques et administratives pour faciliter la réinsertion professionnelle des ex usagers de drogue.

Amener également les familles des ex toxicomanes à construire une nouvelle dynamique au sein de la famille.

Encourager les ex usager de drogue à rester en alerte. En effet, les personnes qui se sont libérés d'une dépendance doivent rester prudentes, le risque de récurrence diminue avec le temps, mais il restera présent pendant des années, donc il leur faudrait la vigilance.

Sensibiliser la société sur le fait qu'on peut sortir de la toxicomanie car récidiver n'est pas une fatalité. Cette sensibilisation permettra aux uns et aux autres d'être plus tolérants dans leurs rapports avec les ex toxicomanes. Cela évitera la stigmatisation des ex-usagers de drogue.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Brisson, P.(2000). L'usage des drogues et la toxicomanie, Montréal, Gaetan Morin.
- [2]. Cassen, M et Delile, J-M. (2007). Thérapies familiales et addictions : nouvelles perspectives, Psychotropes. Vol. 13. N° 3 – 4. pp. 229 – 249.
- [3]. Chen, X.(2003). Life stressors, anger and unternalization, and substances abuse among American indians in the midwest : An empirical test of general Strain theory. Dissertation abstracts international. Section A: humanities social sciences
- [4]. Douaihy, A., Stowell, K.R., Park, T.W. et Daley, C.D. (2007). Relapse prévention : clinical stratégie s for substance use disorders. In K. Witkiewitz G.A. Marlatt (dir.), Therapist's guide to evidence-based relapse prévention (p. 37-71). New- York : Elsevier Inc
- [5]. Evanno, J., Tia , F., Deze,C. (2016). Vers L'introduction Des Traitements De Substitution Aux Opiacés En Côte D'ivoire ? , Abidjan
- [6]. FARGES, F. (1998). Approche communautaire des toxicomanies. Paris, P.U.F.
- [7]. Karila, L., Lafaye, G., Coscas, S., Blecha, L. & Benyamina, A. (2017). Le cannabis : addiction. Conséquences aiguës et chroniques. *Pratiques en santé mentale*, 63, 15-20. <https://doi.org/10.3917/psm.172.0015>
- [8]. Ogien, A. (2017). L'usage de drogues, un « problème social » : Quelque chose a-t-il changé depuis vingt ans ? . *Après-demain*, 44,NF, 5-7. <https://doi.org/10.3917/apdem.044.0005>
- [9]. Tremblay, R., Vitaro, F., Brendgen, M.(2000). Influence of deviant friends on delinquency: searching for Moderator Variables. *Journal of abnormal child psychology*, 28 , 313-325.
- [10]. Witkiewitz, K., Marlatt, G.(2004).Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *Am Psychol*. ;59(4):224-35. doi: 10.1037/0003-066X.59.4.224. PMID: 15149263.