

Dr André Tabo*, **Dr Caleb Grégoire Kette***, **Dr Alain Maxime Mouanga****, **Dr Simliwa Kolou Dassa*****,
Dr Pascal Mbelesso****, **Pr Arouna Ouedraogo*******, **Pr René Gualbert Ahyi*******

* Service de psychiatrie du CNHU de Bangui, République Centrafricaine. Courriel : andretabo@yahoo.fr

** Service de psychiatrie, CHU de Brazzaville, Congo

*** Service de psychiatrie, CHU Lomé, Tokoin, Togo

**** Service de neurologie, Hôpital de l'Amitié, Bangui, République Centrafricaine

**** Faculté de médecine, Université de Ouagadougou, Burkina Faso

***** Faculté des sciences de la santé, Université d'Abomey Calavi, Cotonou, Bénin

Reçu septembre 2009, accepté janvier 2010

Le psychiatre face aux problèmes de toxicomanie en Afrique

Exemple de la République Centrafricaine

Résumé

Les auteurs ont engagé une réflexion sur la délicate position du psychiatre africain, qui est seul malgré lui face à la complexité des problèmes posés par la toxicomanie. Homme carrefour des différents acteurs intervenant dans la toxicomanie, le psychiatre en Afrique est contraint, en dépit de la pénurie de moyens mis à sa disposition, à une collaboration franche et honnête pour une lutte efficace et concrète contre ce fléau psychosocial.

Mots-clés

Afrique – Psychiatre – Toxicomanie.

Summary

The psychiatrist's position on addiction issues in Africa. The Central African Republic case

The authors have started to think about the African psychiatrist's delicate position, who is alone to face the complexity of problems caused by drug addiction. At a crossroads of the various players acting against drug addiction, the psychiatrist in Africa is forced, despite the lack of means, to have a fair and honest cooperation for an efficient and concrete fight against this psychosocial scourge.

Key words

Africa – Psychiatrist – Drug addiction.

La toxicomanie est devenue un problème mondial (1-5). Tous les continents, tous les pays tentent désespérément depuis plusieurs décennies de lutter contre ce fléau. Devant la complexité et la difficulté de ce combat, de nombreuses personnes et institutions impliquées finissent par baisser les bras. Mais force est de constater que le psychiatre africain n'arrive pas à se soustraire à cette lutte, quels que soient sa conviction, son pouvoir et le rôle qu'on lui assigne. Il reste parfois seul, bon gré mal gré, confronté à la toxicomanie. Cette position occupée par le psychiatre africain, insidieusement et malgré lui, mérite

d'être analysée. À ce propos, certaines questions viennent spontanément à l'esprit : comment se situe le psychiatre dans le contexte de la toxicomanie en Afrique ? Quelle doit être désormais la place du psychiatre dans le contexte socioéconomique et politique actuel dans l'objectif d'une lutte efficace contre la toxicomanie en Afrique ? Pour mieux appréhender cette problématique et partant de nos expériences individuelles et collectives, nous avons voulu engager cette réflexion sur la place du psychiatre africain face aux problèmes de la toxicomanie, plus particulièrement en République Centrafricaine (RCA).

Le contexte

La RCA est un pays enclavé d'une superficie de 623 000 km² (6). Sa population est de 4 390 008 habitants, dont 38 % résident en milieu urbain et 62% en milieu rural. Bangui, la capitale, compte 722 768 habitants, avec une densité de 9 295 habitants au km² (6). Depuis plus d'une dizaine d'années, le pays reste très vulnérable du fait de l'instabilité engendrée par des séries d'événements politico-militaires. Son économie, très sinistrée, est caractérisée par un large secteur informel, une faible capacité à générer des revenus, un marché de capitaux inexistant ; elle reste sensible à la volatilité du prix des produits de base et à la fuite des capitaux. 67 % de la population vit avec moins d'un dollar par jour, ce qui compromet l'accès d'une grande proportion de la population aux soins de santé.

Les autres facteurs limitant l'accès aux soins sont les problèmes de mauvaise gouvernance dans les formations sanitaires, la démotivation du personnel pour cause d'accumulation d'arriérés de salaires, le manque de suivi du personnel, le mauvais accueil, la longue file d'attente et le racket des patients dans les structures de soins, l'insuffisance et la mauvaise répartition des infrastructures et des ressources. L'organisation du système de santé en RCA est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. On dénombre 669 établissements sanitaires publics, y compris les officines pharmaceutiques, dont 94 % sont des structures de type communautaire, et 117 établissements sanitaires privés (6). Bangui compte quatre hôpitaux centraux et 13 centres de santé urbains.

Le Service de psychiatrie de Bangui – l'unique du pays – est la seule structure qui assure des soins aux personnes ayant des troubles psychiques liés à l'abus de substances psychoactives, alcool compris. À côté de cette prise en charge inappropriée par manque de structure spécialisée et de personnel qualifié, la coordination pour la lutte contre les drogues est inexistante au niveau national.

Dans ce contexte socioéconomique difficile lié à la paupérisation croissante de la population, l'abus de substances psychoactives comme le cannabis, l'alcool, le tabac et les psychotropes (benzodiazépines et amphétamines) est une réalité dont l'ampleur n'est pas connue faute de données fiables. Ces conduites addictives sont en augmentation : selon les statistiques du Service de psychiatrie de Bangui, leur proportion par rapport à la demande de soins est passée de 15 % en 2001 à 17 % en 2008. Le pays reste épargné par le trafic de drogues dites dures (cocaïne, hé-

roïne, crack) grâce à sa situation géographique (au centre du continent). Toutefois, la prolifération des médicaments de la rue à Bangui fait le lit d'un trafic illicite d'amphétamines et d'autres psychotropes utilisés abusivement par les toxicomanes.

La toxicomanie en Afrique

La notion même de toxicomanie renvoie souvent à une certaine polysémie, et selon le lieu où l'on en parle, elle est considérée comme symptôme, maladie, déviance sociale ou choix de mode existentiel. Ainsi comprise, la toxicomanie serait alors l'affaire d'un individu confronté à un choix conscient, à moins qu'elle ne représente le compromis surgissant de conflits inconscients (2, 7-9). Le toxicomane est victime d'une situation qu'il n'a pas forcément choisie.

L'ironie du sort devient manifeste quand le sujet en arrive à la drogue parce que le soignant l'y a habitué par le biais des prescriptions médicales en vue de traiter un symptôme exprimant soit une difficulté de l'individu à vivre avec l'entourage, avec l'autre, une distorsion ou un dysfonctionnement familial et social, soit un conflit interne. Il y a alors substitution d'un symptôme par un autre. Le sujet s'installe progressivement dans la toxicomanie avec la complicité du médecin. Parfois, l'individu choisit la drogue directement, sans l'intervention du soignant. Il se réfugie dans la toxicomanie en fuyant son malaise ou celui des autres, pour tenter de retrouver une situation idéale (7, 10).

En fait, la toxicomanie se situe au confluent du familial et du social ; elle est l'aboutissement de situations socioéconomiques individuelles et collectives inextricables (3). Le toxicomane fait un choix de mode de vie face à certaines situations : cas des artistes par exemple, des adolescents en quête d'un modèle ou de certains adultes déçus par leur propre vécu ou par celui de leur modèle d'identification. Il peut s'agir d'une expérience personnelle individuelle ou d'une expérience de groupe pour s'affirmer ou pour se démarquer des autres, pour faire la différence. Ce choix délibéré n'est considéré comme une maladie ni par les guérisseurs, ni par les institutions psychiatriques, ni par la population (8, 9). Mais une fois le choix fait, comment se soustraire à la condition ? On assiste au phénomène de dépendance, aux manifestations de manque et aux conséquences médicales et parfois médico-légales (3). Les limites entre la liberté de choix de vie et la déviance deviennent assez floues.

On se retrouve très rapidement confronté à un problème médico-social sous-tendu et entendu par des bases politico-économiques solides. Les chocs entre la société et le toxicomane deviennent inévitables. Il en est de même du phénomène du rejet. On se rend compte que la toxicomanie implique plusieurs secteurs et n'est pas un problème simple. La complexité réside dans le fait que la toxicomanie déborde aujourd'hui plus que jamais les limites des pays qui, l'espace de quelques années, ont joué le rôle de plaque tournante dans les circuits et les relais du trafic de drogues.

Le psychiatre en Afrique

Face à cette situation, quelle est la position du psychiatre en Afrique ? Le médecin psychiatre est la seule personne qui, dans les faits, semble ne pas avoir le droit de démissionner devant le toxicomane (5, 7, 8). Il hérite du sujet et est tenu de s'en occuper quel que soit le nom que l'on met sur la toxicomanie. Même le tradipraticien refuse d'accompagner le psychiatre dans la démarche thérapeutique face à la toxicomanie qui ne figure pas dans son registre d'interprétation. Pour le tradipraticien, le toxicomane ne serait pas un malade mais un "enfant gâté, mal éduqué", il est le produit de la civilisation des "blancs" ou de ceux venus d'ailleurs qui devront s'en occuper (8, 9). Aussi, le psychiatre formé à l'école des blancs ne peut pas échapper à sa formation primordiale de soignant. Il doit jouer son rôle "d'effaceur de symptôme" parce que la toxicomanie en tant que symptôme est considérée comme une maladie moderne importée nécessitant des soins spéciaux jusqu'à inconnus dans la société traditionnelle. Il revient au psychiatre de calmer l'agitation ou de traiter toutes les autres manifestations médicales quand bien même la guérison est considérée comme incertaine.

Parfois, on aborde le problème de la toxicomanie strictement sous l'angle de la délinquance. Même prise dans cette dimension, elle n'épargne pas le psychiatre. En effet, lorsque la famille, débordée, a tour à tour utilisé ce qu'elle considérait comme solutions, en suivant ou en projetant son enfant dans la rue, au commissariat, ou en prison, c'est finalement le psychiatre qu'elle sollicite comme ultime recours. Souvent d'ailleurs, il s'agit de la fin d'un cycle qui va recommencer au moindre comportement déviant du toxicomane (3). Les parents sont aussi victimes que le toxicomane lui-même. Autant ils ont peur de la drogue, autant ils ont la lourde charge de garder et de s'occuper de leur enfant. Parfois, le psychiatre est la seule personne ressource qu'ils trouvent pour les écouter et les aider dans

leur désarroi. Celui-ci est alors désigné pour rétablir le dialogue depuis longtemps interrompu entre la famille et le toxicomane délinquant (8).

Mais pourquoi faut-il s'accrocher au seul psychiatre alors que d'autres personnes et professionnels sont impliqués ? Que peut-il vraiment entreprendre d'important et de stable s'il est seul, sans ressources humaines et financières, sans textes juridiques et sans volonté politique ? Il aura peut-être permis aux parents de s'accorder un moment de répit, eux qui se sentent si épuisés.

Par ailleurs, en tant que médecin, le psychiatre est d'emblée désigné pour soigner le toxicomane, même si cette injonction le met dans l'ambivalente position de celui qui doit réduire voire supprimer la toxicomanie en donnant parfois une drogue. En tant qu'auxiliaire des tribunaux, le psychiatre, face à des actes médico-légaux, est désigné pour donner un avis "technique", consultatif. Il devient malgré lui complice du pouvoir politique. Lorsqu'il essaie d'entrevoir les significations de ces actes comme l'expression des difficultés socioéconomiques et politiques que n'accepte plus de supporter le toxicomane bouc émissaire, il est perçu comme un complice du "drogué".

Ainsi, la place faite au psychiatre par rapport aux questions posées par la toxicomanie et le toxicomane ne peut être qu'inconfortable. Cela se comprend quand on sait que le psychiatre a été à chaque fois propulsé à une place sans qu'il ne lui soit vraiment permis de faire connaître sa position (8). Le psychiatre, quelles que soient ses convictions, ses possibilités, ses peurs et surtout ses limites, est-il vraiment en mesure de choisir sans se dérober ? Si dans tous les pays, sa fonction le met en rapport avec des situations les plus diverses, en Afrique, le psychiatre est investi, de plein gré ou malgré lui, de la responsabilité des toxicomanes, de leurs familles et d'une série de problèmes qui souvent le dépassent (8).

En fait, on lui confie des tâches sans lui assurer la formation, les ressources, les infrastructures nécessaires pour les assumer. Parce que le psychiatre est médecin, il est tenu de soigner le toxicomane pris comme malade. Parce qu'il est spécialiste, il doit garder le toxicomane "aliéné". Parce qu'il a été formé selon les règles et les connaissances d'une autre culture, il lui revient de s'occuper de ces déviants toxicomanes que produisent les modèles venus d'ailleurs. Les thérapeutes traditionnels sont les premiers à rappeler cette réalité aux psychiatres qui, dès lors, ne les considèrent plus comme de sérieux concurrents dans ce domaine. Pris entre toutes les injonctions de sa société

et les sollicitations répétées et désespérées des familles qui n'acceptent pas de constater uniquement chez leurs enfants l'effacement des symptômes, le psychiatre africain finit par se positionner comme un "homme carrefour".

Il est au carrefour du toxicomane et de la toxicomanie en tant que garant du secret du drogué, donc informé de ce que représente et apporte la drogue au consommateur.

Il est aussi au carrefour du toxicomane, de la famille et de la société. Il est le porte-parole de l'individu victime de la toxicomanie, en même temps qu'il est le porte-parole de la famille qui, elle aussi, est la victime qui cherche désespérément de l'aide et une solution. Porte-parole de la société, défenseur des intérêts de la société et protecteur de la population, protecteur de l'ordre social pour pallier les dégâts et les dommages socioculturels, économiques et psychologiques causés par le toxicomane, le psychiatre est aussi directement interpellé dans la recherche de solutions au fléau social que constitue la toxicomanie.

Il est également au carrefour de toutes les disciplines, secteurs et institutions qui doivent lutter ensemble contre la toxicomanie. Il est le relais de communication et l'incontournable qui détient beaucoup d'informations sur la question. Est-ce à dire que dans cette position, il peut et doit tout faire ? En tant qu'"homme carrefour", le psychiatre apparaît comme un anxieux. Il en a peut-être le droit compte tenu de la masse d'informations et de renseignements dont il est dépositaire et qui peuvent être d'un grand secours pour une lutte efficace.

Seulement, dans les conditions actuelles de dénuement en ressources humaines, financières, et de textes, lois et infrastructures, le psychiatre en Afrique est un géant aux pieds d'argile. C'est ici que ce terme d'"homme carrefour" peut cacher une certaine impuissance. De cette position, la tâche ne doit pas être simple. Cette position comporte cependant l'avantage de pouvoir porter haut la voix de toutes les personnes morales et physiques directement concernées ou victimes des toxicomanies. Le psychiatre plaide la cause des "sans voix", des faibles économiquement. Et en cela, il a besoin de beaucoup d'aide et de compréhension.

Le psychiatre n'est pas épargné non plus et peut être également confronté à la peur. Face au phénomène de la toxicomanie, tous ceux qui sont interpellés d'office comme acteurs potentiels dans cette lutte ou qui s'esquivent de cette lutte ont peur. Le psychiatre peut se retrouver dans une position délicate et très dangereuse pour lui-même.

Car assez souvent, derrière la toxicomanie, se trouvent à peine camouflées des personnes occupant des positions politiques, administratives ou économiques qui les rendent insoupçonnables dans le trafic des drogues. Dans ces conditions, le chemin à parcourir durant la lutte se retrouve parsemé de multiples embûches. Il y a blocage et toute tentative d'évolution devient hypothétique, sans compter que le psychiatre ne jouit pas souvent de la protection adéquate. Le psychiatre et sa famille se retrouvent ainsi dans des positions très délicates et assez dangereuses.

Mais peut-il faire autrement et se dérober ? Il doit pouvoir partir de sa position ambivalente pour retrouver la place qui doit être désormais la sienne pour une lutte prometteuse contre la toxicomanie. En effet, sa position actuelle est ambivalente parce qu'il joue le rôle de médecin effaceur de symptôme, de personne ressource omniprésente dans la prévention et la réinsertion, en même temps qu'il se retrouve impuissant, ignorant au centre de tous les éléments, facteurs et secteurs impliqués dans la drogue. Partant de cette constatation, le psychiatre doit évoluer vers une situation moins encombrante qui l'enverra moins à l'échec ; une place qui accroîtra l'efficacité dans la lutte contre la toxicomanie.

En amont de la toxicomanie, le psychiatre doit élaborer, dans le cadre de projets multisectoriels, les actions à mener dans le domaine de la prévention, que ce soit dans la société, dans la famille, au niveau de l'individu pris globalement dans les trames relationnelles de la vie communautaire.

En amont et au cœur de la toxicomanie, le psychiatre doit arriver à motiver les communicateurs et les aider à sensibiliser la population sur le danger qui plane et qui peut s'abattre sur n'importe qui, à n'importe quel moment. À ce sujet, et en ce qui concerne certains pays africains, les activités menées de manière conjuguée avec les médias ont été d'une certaine utilité. Il revient au psychiatre de faire comprendre que personne n'est épargné, aussi bien la fratrie ou les enfants du trafiquant ou des personnalités stratégiques de la chaîne de vente de la drogue, que le reste de la population. Tous peuvent tomber d'un jour à l'autre, directement ou par leurs proches interposés, dans le piège et la galère de la toxicomanie.

Le psychiatre stimulera toutes les personnes ressources dont il renforcera l'adhésion et la conviction afin d'obtenir d'eux que chacun joue son rôle. Plusieurs départements et ministères sont à intéresser : éducation, santé, affaires sociales, communication, jeunesse et sports, agriculture,

défense, justice, intérieur, finances... Une large part du travail se fera avec les autres médecins et les pharmaciens pour une meilleure rationalisation des prescriptions et un contrôle effectif et plus rigoureux des ordonnances médicales avant la livraison des médicaments.

En aval de la toxicomanie, le psychiatre continuera ses tentatives de récupération en améliorant et en adoptant les divers protocoles aux réalités concrètes de son pays. Le psychiatre servira toujours de relais de transmission et de communication. Il dira tout haut le malaise de toutes les victimes de la toxicomanie, c'est-à-dire du toxicomane, de sa famille et de la société face aux pouvoirs, notamment politique, afin que soient prises en compte les dimensions sociales, économiques, régionales et internationales de la toxicomanie. On devine bien que s'il ne s'investit pas comme un homme politique, le psychiatre devra privilégier la dimension politique de sa fonction. Les mesures répressives de la lutte contre les trafiquants doivent être fermes ; la partie décisive de cette lutte n'est pas directement applicable par le psychiatre. Les autorités politico-administratives doivent pouvoir encourager, orienter, soutenir les mesures de prise en charge des problèmes posés par la toxicomanie.

Ceci implique la collaboration franche, honnête et directe du pouvoir politique et des forces de l'ordre public avec l'équipe psychiatrique et les divers agents des autres secteurs intervenant dans la prévention, le traitement et la réinsertion socioprofessionnelle. Dans la lutte contre la drogue, le psychiatre a, certes, un pouvoir, mais un pouvoir limité s'il doit lutter seul. L'association du politique, des autres acteurs de la prise en charge et du psychiatre permettra une lutte efficace, concrète non seulement au plan national, mais aussi sous-régional et international. Pour ce faire, il faudra l'utilisation judicieuse des méthodes et moyens disponibles sur place, mais aussi l'exploitation raisonnable de toutes les possibilités qui s'offrent à chaque pays avec la prise en compte des échecs et des succès des autres pays. Il est vrai que pour mieux réussir, il faut certaines conditions préalables comme la prise en charge, la formation, le soutien continu et la protection des personnes ressources dans une action coordonnée (4).

Conclusion

Depuis plusieurs décennies, les drogues font des ravages, rendent malades, mettent les familles en détresse, favorisent et entretiennent la délinquance, font trembler la société. La lutte contre ce fléau s'avère de plus en plus

délicate, malaisée et décevante du fait de la résistance et de stratégies de plus en plus élaborées, entretenues et soutenues par certains pouvoirs politico-économiques en place et le goût du gain facile. Dans toute cette mêlée, le psychiatre de par sa fonction, son statut, se retrouve dans une position délicate, ambivalente et peu confortable. Il doit pouvoir glisser de sa position actuelle et se mettre à la place qu'il mérite et qu'il peut assumer avec l'aide et la collaboration de tous les secteurs et surtout du politique pour une lutte plus efficace. ■

A. Tabo, C.G. Kette, A.M. Mouanga, S.K. Dassa, P. Mbelesso, A. Ouedraogo, R.G. Ahyi

Le psychiatre face aux problèmes de toxicomanie en Afrique. Exemple de la République Centrafricaine

Alcoologie et Addictologie 2010 ; 32 (1) : 67-71

Références bibliographiques

- 1 - Diop M, Baylet R, Hountondji H. Le tabagisme en Afrique, problème actuel ou futur de santé publique. *Méd Afr Noire* 1980 ; 27 (3) : 219-230.
- 2 - Facy F, Gueye M, Ahyi RG, Kalasa B. Enquêtes épidémiologiques sur l'usage de drogues en Afrique. Bénin, Côte d'Ivoire, Madagascar, Sénégal. *Psychopath Afric* 1995-1996 ; 27 (2-3) : 177-202.
- 3 - Giongo-Barber H, Giongo-Barber P. Problèmes posés par l'usage du cannabis. *Méd Afr Noire* 1980 ; 27 (3) : 197-212.
- 4 - Lo I. Programme de lutte contre l'usage abusif et le trafic illicite des drogues dans les pays africains. *Méd Afr Noire* 1980 ; 27 (3) : 219-230.
5. Okitundu LE, Mifundu B. Cannabisme et troubles mentaux en milieu rural zairois. Aspects épidémiologiques. *Méd Afr Noire* 1995 ; 42 (5) : 243-245.
- 6 - Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale. La RCA en chiffres : résultats du recensement général de la population et de l'habitat. Bangui : Ministère, 2003.
- 7 - Diop M, Ahyi R, Tripet L, Seck AM. Approche thérapeutique de la toxicomanie : expérience sénégalaise. *Méd Afr Noire* 1980 ; 27 (3) : 259-264.
- 8 - Gueye M, Omais SM. Tentative pour une approche socioculturelle de l'usage abusif de drogues au Sénégal. *Psychopath Afric* 1983 ; 19 (2) : 141-172.
- 9 - Kherago J. Drogues africaines et toxicomanies. *Méd Afr Noire* 1980 ; 27 (3) : 188-196.
- 10 - Collomb H, Diop M, Ayats H. Intoxication par le chanvre indien au Sénégal. *Cahiers d'études africaines* 1962 ; III (9) : 139-144.