

COMMUNICATION INTRAFAMILIALE ET OBSERVANCE DU TRAITEMENT CHEZ L'USAGER DE DROGUE EN SOIN RESIDENTIEL

Bassémory Koné

Et

Ernest Zah Bi Gohi

Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

konebassememory@gmail.com / Eldoradobediala@yahoo.fr

Résumé

Le processus de prise en charge en résidentielle des usagers de drogue nécessite dans sa première phase, la réduction des interactions communicationnelles entre eux et leurs proches. Malgré, cette mesure visant à faciliter leur sevrage définitif, le taux d'échec des sevrages reste élevé chez ces toxicodépendants. La présente étude, de type qualitatif, basée sur le modèle de la croyance en la santé et l'approche socio écologique, a pour objectif de ressortir les effets de cette réduction de la communication intrafamiliale des usagers de drogue en soin résidentiel sur leur observance du traitement. L'étude révèle que cette mesure n'entraîne pas l'inobservance des traitements par ces usagers lorsqu'ils sont encore en résidence médicale. Mais, elles contribuent chez eux à la survenue des rechutes lorsqu'il leur faudra poursuivre le traitement en communauté.

Mots-clés : communication intrafamiliale, soins, résidentiel, traitement observance.

Abstract

The residential care process for drug users requires, in its first phase, the reduction of communicational interactions between them and their relatives. Despite this measure aimed at facilitating their permanent weaning, the rate of weaning failure remains high in these drug addicts. The present study, of a qualitative type, based on the model of belief in health and the socio-ecological approach, aims to highlight the effects of this reduction in intra-family communication of drug users in residential care on their compliance with treatment. The study reveals that this measure does not lead to non-compliance with treatment by these users while they are still in medical residences. But, they contribute to the onset of relapses at home when they need to continue treatment in the community

Key words: intra-family communication, care, residential, compliance

Introduction

L'objectif 3 des Objectifs de Développement Durable (ODD) engage les États à s'investir dans la prévention et le traitement des conduites addictives aux substances psychoactives. Des substances dont, la commercialisation et l'usage ont des répercussions sur de nombreux domaines en lien avec ces (ODD) telles que, la sécurité publique, la criminalité, la productivité, la gouvernance et la santé (ONU, 2014, p.6). Nonobstant, ces risques liés à l'usage abusif de la drogue, la fabrication

mondiale de la seule cocaïne a atteint un niveau record en 2016 avec une production estimée à 1 410 tonnes (ONUDC, 2018, p.1).

En Côte d'Ivoire, la propagation de la consommation de la drogue se traduit par l'existence dans le seul district d'Abidjan des centaines de fumoirs situés sous les ponts, dans les logements informels et fréquentés par des milliers d'usagers de drogues (UD) (T, Diarra, 2018). Dans le cadre de la répression de la production, du trafic et de la commercialisation des drogues, le gouvernement ivoirien agit sur la base de la stratégie nationale axée principalement sur la traque des trafiquants et la lutte contre le blanchiment des capitaux liés au monde des drogues à travers, la Cellule Nationale de Traitement de l'Information Financière (CENTIF). En plus de l'axe répressif, des approches de communication sont développées par les acteurs de la lutte contre les drogues dans le but de contribuer à une meilleure performance des actions de prévention et de prise en charge de l'usage de la drogue. Ainsi, dans le domaine de la prévention, le gouvernement à travers le Comité Interministériel de Lutte Anti-drogue (CILAD) initie ou supervise des actions de sensibilisation sur les méfaits de la consommation de la drogue en synergie avec la société civile. (K, H, L, Adom,⁴⁹ 2018). Dans le domaine spécifique de la prise en charge des usagers de drogue, en plus des méthodes médicamenteuses, des méthodes non médicamenteuses basées sur des traitements psycho sociaux sont utilisées. Selon la procédure de prise en charge des patients usagers de drogue en traitement résidentiel, il est recommandé, à l'amorce du

⁴⁹ Ambassadeur, représentant permanent de la république de Côte d'Ivoire auprès des Nations Unies.

traitement, la restriction ou la rupture de la communication entre les UD et leurs proches y compris leurs familles. Aussi, les approches de communication se basent-elles sur la stratégie de « *l'évitement*⁵⁰ » à l'amorce de la prise en charge pour ensuite aboutir à une mise en œuvre du modèle de « *l'intervention*⁵¹ » au fil des différentes phases du processus du traitement⁵². Malgré ce déficit ou cette rupture de communication voulue par les traitants entre les patients toxicomanes et leurs proches, le taux d'échec reste élevé en Côte d'Ivoire. En effet, sur 120 UD, 96,7% souhaitent abandonner l'usage de la drogue. Mais, 93, 6% soit 112 UD ont essayé un sevrage au moins une fois avec l'accompagnement des spécialistes sans y parvenir. 84 UD sur 112 ont essayé au moins 4 fois sans y parvenir et 37 UD se sont même rendus pour les traitements de long séjour dans des structures proposant un sevrage et une prise en charge postcure (soin résidentiel), sans finaliser leur processus de resocialisation (J, Evanno et al. 2016, p.3). Dès lors, l'on est à même de se poser la question suivante : Quels sont les effets du déficit ou de la rupture de la communication voulu entre l'utilisateur de drogue en soin curatif résidentiel et son entourage y compris sa famille sur l'issue du processus de traitement ?

L'hypothèse qui se dégage de cette interrogation est : Le déficit de communication entre l'utilisateur de drogue en soin curatif résidentiel et son

⁵⁰ La stratégie de « *l'évitement* » exclue en priorité, le monde extérieur y compris l'entourage du patient toxicomane de son processus de soin (J, Fournié, 1997, pp.25 -26).

⁵¹ Le modèle de « *l'intervention* » : il est basé au contraire sur l'implication des membres de l'entourage d'une personne alcoolique ou toxicomane dans son processus de prise en charge (Tremblay et al, 2009 p.50).

⁵² Entretien avec Kouaho, chargé d'étude et responsable des relations extérieures à REMAR Côte d'Ivoire, réalisé le 1^{er} Juillet 2020).

réseau familial est un facteur de maintien chez le patient d'une attitude défavorable vis-à-vis du processus de prise en charge et d'inobservance du traitement.

L'article vise à déterminer les effets du déficit de communication entre l'usager de drogue en soin curatif résidentiel et sa famille sur son processus d'acquisition des connaissances consécutives aux risques liés à l'usage de la drogue et sur son observance des traitements.

L'analyse est produite sur la base du modèle de croyance en la santé et de l'approche éco-sociologique. Le modèle de croyance en la santé développé par Hochbaum en 1952 pose comme prémisse qu'un individu est susceptible de poser des gestes pour prévenir une maladie s'il possède des connaissances minimales en matière de santé. En outre, selon cette théorie, les déterminants de la décision d'une personne d'agir par rapport à sa santé sont la perception d'une menace pour la santé et la croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre pour réduire la menace (G, Godin, 1991, p.70). Ce modèle permet d'appréhender les perceptions que les usagers de drogue se font de la consommation de cette substance. Quant à l'approche socio-écologique, elle permet d'expliquer les complexités des déterminants de santé et les influences environnementales sur la santé (L.W, Green et *al.* 1996 pp. 270-281). Cette approche pourra servir de base théorique pour déterminer les caractéristiques des interactions entre le toxicomane et sa famille avant et pendant son admission en soin résidentiel, d'une part, et d'autre part déterminer les conséquences de ces interactions sur ses connaissances, sur son attitude par rapport aux risques

liés à l'usage de la drogue et sur son observance vis à vis des prescriptions édictées lors sa prise en charge.

1. Approche méthodologique

La collecte des données s'est faite sur la base des recherches documentaires et l'entretien individuel. Pour mener l'entretien individuel, l'on a opté pour l'entretien semi directif qui s'inscrit dans une approche qualitative. Compte tenu du caractère sensible du phénomène de l'usage ou de la commercialisation de la drogue, il a été essentiel de procéder par la méthode de l'approche ciblée, adaptée à la nature de la question étudiée. Dans un premier temps, il a fallu bien expliciter l'objectif de l'étude au coordonnateur des centres de prise en charge des UD de l'ONG *REMAR*, aux parents des UD et surtout aux UD eux-mêmes. Dans un second temps, il a fallu négocier des rapports de confiance avec chacun des individus interrogés, tout en lui garantissant l'anonymat et la confidentialité à travers l'usage des pseudonymes. Sauf les propos du coordonnateur de la prise en charge des UD de l'ONG *REMAR* n'ont pas été couverts d'anonymat et de confidentialité.

1.1. Techniques de recueil des données

L'étude a été réalisée au sein des différents centres de prise en charge des usagers de drogue de l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) *REMAR*. De façon plus précise, cette étude a été conduite auprès des usagers de drogue pris en charge dans huit (08) centres sur les quinze (15) que compte cette ONG en Côte d'Ivoire, soit 53,33%. Ce sont les centres d'ANYAMA, DES II PLATEAUX AGHIEN, de YOPOUGON PORT-

BOUET 2, de Cocody ANGRE, de DABOU, de GRAND BASSAM, de YAOU (BONOUA) et de YOPOUGON SELMER. Le choix de ces centres a été guidé par le fait qu'ils nous permettent de prendre en compte les patients issus des trois phases du processus de prise en charge des toxicodépendants. Trente-quatre (34) entretiens semi directifs ont été réalisés, dont dix-sept (17) avec les usagers de drogues tels que repartis par centre :

Centre	Nombre de patient
Yopougon Selmer	3
Anyama	2
Yopougon Portbouet 2	2
Dabou	2
Cocody II Plateau Aghien	2
Angré	2
Bonoua (Yahou)	2
Grand-Bassam	2
Total	17

La participation à l'étude a été volontaire au niveau des patients d'autant plus que selon L, Savoie-Zajc (2007, p. 104), dans une recherche qualitative, il n'y a pas de paramètres statistiques pour dire qu'en bas de tel nombre, les tests ne seront pas applicables ou qu'en haut d'un certain nombre, cela ne vaut plus la peine statistiquement parlant. L'on a eu aussi des entretiens semi directifs avec seize (16) parents d'UD car, les proches d'un patient ont refusé de participer à l'étude. Enfin, l'on a eu un (1) dernier entretien avec le coordonnateur de la prise en charge des usagers de drogue de l'ONG *REMAR*. La collecte de données s'est faite à l'aide de trois (3) guides d'entretien. Les données ont été recueillies par le biais d'entretiens semi directifs, de façon présentielle en ce qui concerne les

entretiens avec les responsables de l'ONG et les Usagers de drogue et par le biais du téléphone avec certains membres des familles des usagers de drogues.

1.2. Traitement des données

Après la collecte des données, le traitement des données a été fait de façon manuelle. Les données recueillies lors des différents entretiens individuels ont été retranscrites et codées.

- ✓ **La retranscription :** La première étape dans le processus d'analyse des données a consisté à faire l'inventaire des informations à travers leur dépouillement. Ces informations recueillies ont été mises en forme par écrit constituant ainsi les données brutes de l'enquête appelées aussi verbatim.
- ✓ **Le codage des données :** Un codage fermé des données retranscrites a été fait. A travers ce type de codage, une grille d'analyse a été élaborée. Elle a pour objectif de valider les hypothèses et les théories auxquelles l'enquête se réfère. Pour ce faire, les données qualitatives brutes ont été classées en fonction des différentes unités sémantiques auxquelles elles appartiennent, étant entendu que l'unité sémantique se fonde sur les idées exprimées par les enquêtés.

1.3. Analyse des données

L'analyse de contenu a été privilégiée dans le cadre de cette étude. A cet effet, une grille d'analyse a été construite. Nous y avons inséré les extraits des réponses données par les enquêtés. Puis ils ont fait l'objet de classement par unité sémantique. Ainsi, les opinions dominantes par point

dans le guide d'entretien ont été validées comme les résultats. Cela a permis de dégager les idées dominantes en relation avec l'hypothèse de recherche et de mieux les comprendre par une analyse plus approfondie des verbatim. Par ces procédés, nous avons obtenus les résultats ci-dessous présentés.

2. Présentation des résultats

Les résultats de l'étude concernent la communication entre l'UD et sa famille avant son admission en soin résidentiel, les effets du déficit de communication entre l'usager de drogue en soin curatif résidentiel et sa famille sur sa connaissance des risques liés à l'usage de la drogue et les effets de ce déficit de communication entre l'UD en soin résidentiel et sa famille sur son attitude et son comportement vis-à-vis des prescriptions de prise en charge.

2.1. La communication entre l'UD et sa famille avant son admission en soin résidentiel

L'usage abusif de la drogue est un facteur de rupture, à tout le moins, de détérioration de la communication entre les toxicodépendants vivant dans leurs communautés et la majorité des membres de ces communautés y compris le milieu familial. Toutefois, bien que stigmatisés et mis à l'écart par une grande partie des membres de leurs communautés, les usagers de drogue gardent toujours chacun, un interlocuteur au sein de leurs cellules familiales respectives. Cet interlocuteur, qui apparaît comme son seul soutien, est principalement un des géniteurs et le ou la conjoint(e). C'est

souvent, cet interlocuteur qui le convainc d'intégrer un centre de traitement.

« Avant mon admission dans le centre, il faut dire que tout le monde était déçu de moi et donc chaque jour c'était des injures de la part de tout le monde. On me traitait d'irresponsable chaque jour. En tout cas, la vie n'était pas facile. Tout le monde était devenu très méchant avec moi à cause de la drogue., c'est ma mère seule qui parlait avec moi sans m'insulter, car elle essayait chaque fois de me donner des conseils en me demandant de faire l'effort d'arrêter la drogue, sinon pour les autres, c'était des injures ». (Usager de drogue, âgé de 32, centre REMAR d'Anyama).

Le rôle de soutien des conjoints et de la progéniture est illustré par les propos suivants : « J'avais de très mauvaises relations avec ma famille, je ne voyais plus personne de ma famille, donc on n'échangeait plus du tout. C'est seulement avec ma femme et mes enfants que je communiquais souvent, sinon mes frères et sœurs et autres amis m'ont laissé tomber et n'avaient plus aucun contact avec moi ». (Usager de drogue, 42 ans, marié et père de 4 enfants, de nationalité togolaise et interné au centre de Grand –Bassam)

2.2. Effets du déficit de communication entre les UD en soin curatif résidentiel et leurs familles sur la connaissance des risques liés à l'usage de la drogue.

L'admission des UD dans un centre de prise en charge résidentielle entraîne très souvent, l'arrêt de la communication entre eux et leur unique interlocuteur au sein de la famille ou la réduction de ces interactions communicationnelles. Cet arrêt ou cette réduction de la communication intrafamiliale des usagers de drogues est dû principalement aux règles en

vigueur en matière de réglementation des visites et autres communications entre le patient en soin résidentiel et ses réseaux sociaux. Cependant, ce déficit de communication ainsi créé n'a aucun effet sur la capacité d'acquisition de nouvelles connaissances sur la drogue et des dangers qu'elle représente des patients toxicodépendants. Ces différentes informations leur sont mises à disposition par le personnel chargé de leur prise en charge.

« Depuis que je suis arrivé dans le centre ici, J'ai appris que la drogue détruit l'homme, ces informations sur la drogue m'ont été données par Dieu à travers les pairs éducateurs. Il faut dire que les pairs éducateurs, inspirés par Dieu, nous donnent ces informations à travers des séances de causeries et des séances de formations appelées aussi « Ecoles de la discipline » (Usager de drogue ,40 ans, en situation de rupture total de communication avec sa famille et interné au centre REMAR de YOPOUGON SELMER).

2.3. Effets du déficit de communication entre les UD en soin résidentiel et leurs familles sur leurs attitudes et leurs comportements vis-à-vis des prescriptions de prise en charge.

Le déficit de communication entre les UD en soin résidentiel et leurs familles influence négativement leurs attitudes vis à vis de son traitement sur le long terme. Sur le plan comportemental, les UD internés dans les structures de prise en charge résidentielle et en déficit de communication avec les membres de leurs familles suivent les règles en vigueur lors de leur traitement. Cependant, il apparaît que cette observance des règles édictées ne résulte pas d'une appropriation de ces règles d'autant plus qu'ils les considèrent comme des contraintes provenant de leurs encadreurs. En effet, ces pensionnaires lient leur abstinence à la drogue, à la vigilance des encadreurs dans les établissements REMAR et à la crainte

des représailles. « J'ai appris à être discipliné, à travailler et à ne pas toucher à la drogue, C'est dans le centre ici, je suis devenu comme cela, c'est très difficile pour moi, de toutes les façons tu n'as pas de choix, les gars sont stricts ». (Poly toxicomane⁵³, âgé de 16 ans, engagé dans la première phase de la prise en charge dans le centre de YAHOU, BONOUA et en rupture de communication avec sa famille).

À contrario, les UD en soin résidentiel et ayant conservé une communication régulière et constructive avec leurs familles à travers des visites et des échanges téléphoniques, affirment que ces interactions les ont aidés à accepter de se conformer aux règles fixées par les responsables de leur prise en charge.

« La communication avec mes enfants me permet d'avoir la conviction et le courage de continuer mon traitement afin, de me débarrasser complètement de l'addiction à la drogue. Cela me permet d'avoir plus de courage pour continuer la lutte et gagner cette guerre contre la dépendance à la drogue ». (Usager de drogue, âgé de 62 ans, père de 8 enfants, ancien professeur d'Histoire Géographie et interné au centre REMAR de YOPOUGON SELMER).

3. Discussion des résultats

Les différents résultats de cette étude ont fait objet de discussion. Cette phase de la recherche a servi de moyen pour confirmer ou infirmer notre hypothèse de recherche.

⁵³ Poly toxicomanes : usager de plusieurs types de drogue comme de l'héroïne, la cocaïne, le cannabis, les amphétamines etc.

3.1. L'usage de la drogue est un facteur de restriction de la communication entre leurs UD et leurs familles

Il ressort des résultats de ces travaux que les UD sont confrontés à des difficultés de communication avec leurs entourages familiaux avant et pendant leur prise en charge en soin résidentiel. La dépendance à la drogue amène les individus à dialoguer de moins en moins avec leur entourage y compris leur famille (C, Barben et al.2007, p.12). Cette dépendance à la drogue place chez les usagers, la recherche de produits stupéfiants avant toute chose. Ainsi, seul le contact avec le milieu des drogues compte pour eux. Ils mettent donc fin peu à peu à leurs relations sociales et s'éloignent du monde extérieur. Ils voient en cet entourage un environnement hostile. D'ailleurs, pour leur prise en charge efficace, il importe de les éloigner de la microsociété que représentent la famille et l'entourage (J, Fournie 1997, PP.25 -26).

3.2. Le déficit de communication entre les UD en soin curatif résidentiel et les membres de leurs familles limite leur perception des risques liés à leur addiction à la drogue.

Les travaux aboutissent aux résultats selon lesquels, les UD en soin résidentiel qui ont un déficit de communication avec leurs familles respectives perçoivent, au même titre que, ceux ayant une communication régulière et non conflictuelle avec les leurs, les risques liés à l'usage de la drogue. L'on peut en déduire que les familles des UD ne sont pas les premières sources de transmission de cette perception des risques liés à leur addiction à la drogue. En effet, cette perception des risques leur a été

transmise principalement par les membres de leur dispositif de prise en charge.

« Je sais que la drogue n'est pas une bonne chose pour moi et qu'elle peut me détruire. C'est grâce à mes encadreurs et aux autres « *vieux pères*⁵⁴ » qui nous encadrent aussi ici que je sais que la drogue est une mauvaise chose. C'est par les séances de causeries, les séances de formations spirituelles et les enseignements donnés par les encadreurs du centre que je sais toutes ces choses ». (Poly toxicomane, âgé de 16 ans, interné à Yaou, Bonoua).

Une analyse basée sur le modèle de croyance en la santé, nous permet de dire que la communication entre les UD en traitement avec leurs pairs et encadreurs sont les seuls facteurs qui leur ont permis de se construire une perception négative sur la drogue. Ces échanges leur ont ainsi permis de prendre conscience des risques de contracter des maladies du fait de leur addiction à la drogue et les bénéfices d'observer les traitements qui leur sont prodigués.

3.3. Effets du déficit de communication intrafamilial sur l'issue du processus de prise en charge des UD en traitement résidentiel.

Les pensionnaires addicts à la drogue des centres REMAR en situation de déficit de communication avec leurs réseaux familiaux, n'arrivent pas à développer une attitude favorable à la réussite du processus de prise en charge sur le long terme et de façon autonome. Ils ne se conforment aux règles en vigueur dans les centres de traitement que du fait de leur présence dans ces centres et donc du fait de la pression des encadreurs. En effet, ces patients ont une perception négative de la drogue et de son

⁵⁴ Expression Nouchi (l'argot ivoirien) désignant les Personnes plus âgées que soi.

usage et se conforment aux autres règles en vigueur dans les centres de prise en charge. Ils participent ainsi régulièrement aux séances de causeries, aux séances de formations spirituelles et aux enseignements donnés par les pairs éducateurs. Ces activités en plus de la formation professionnelle, constituant les principaux maillons du processus de réhabilitation des UD en traitement résidentiel dans les centres appartenant à l'ONG REMAR. Cette perception négative de la drogue et le respect des règles émises par les centres REMAR dans le cadre de la prise en charge des toxicodépendants, les UD en rupture de communication avec leurs familles les partagent avec les autres patients entretenant une communication régulière et non conflictuelle avec les leurs. Cependant, une analyse des raisons qui ont motivé les uns et les autres à accepter de se conformer à ces règles, fait apparaître des nuances. Ainsi, les enquêtés ayant des interactions communicationnelles régulières et constructives avec leurs réseaux familiaux lient leur observance des règles en vigueur dans les centres de cure et de postcure, au travail d'encadrement des pairs éducateurs et surtout aux conseils et encouragements reçus de la part des membres de leurs familles respectives.

L'approche socio écologique, nous permet de noter que l'influence à la fois de leur environnement micro-systémique constitué d'une part, des encadreurs, des pairs éducateurs et d'autres pensionnaires avec qui ils ont des interactions permanentes et immédiates favorise l'appropriation et le respect consentis des règles édictées par leurs traitants. D'autre cette appropriation des règles est le fruit de leurs interactions avec leurs cellules familiales respectives.

Quant aux patients en déficit de communication avec leurs familles respectives, ils lient plutôt leur soumission aux instructions de soins édictées par leurs traitants à la vigilance des services d'encadrement. Ainsi, si l'on se réfère à cette définition du mot attitude qui en fait une prédisposition à réagir d'une façon systématiquement favorable ou défavorable face à certains aspects du monde qui nous entoure, c'est-à-dire une réalité qui précède l'action et donc qui n'est pas l'action (J, Mathieu, et R, Thomas, 1995, p.393), il ressort que les usagers de drogue sans lien de communication avec leurs familles respectives, ne se sont pas appropriés les règles à eux édictées dans le cadre de leur prise en charge. Ils considèrent ces règles comme des contraintes. D'ailleurs, c'est chez ce type de patients internés dans les centres de l'ONG REMAR et interdits de communiquer avec l'extérieur, que l'on a enregistré le plus de départs précipités ou fugues de ces centres de réhabilitation. « Actuellement nous sommes à 39 cas de fugues sur les 80 patients nouvellement référés pour la première phase du traitement. Très souvent ceux qui fuguent se plaignent du régime alimentaire, des restrictions au niveau de la liberté ». (KOUHAO Casimir, Chargé des relations extérieures et des études et coordonnateur de la prise en charge des usagers de drogue à l'ONG REMAR Côte d'Ivoire). Ce qui correspond à un taux de fugues est de 48,75 % chez les pensionnaires de la première phase de la prise en charge. Cette phase qui devrait durer trois mois se caractérise par une absence totale de contact ou d'interaction quelconque avec l'extérieur y compris la famille.

Au regard de ce qui précède, l'on peut dire que les UD en rupture de communication avec leurs familles respectives qui observent les règles en

vigueur dans les centres de prise en charge, le font juste le temps de leur présence dans ces centres. Cette observance des traitements par ces patients ne résulte pas de l'adoption par d'une attitude favorable vis-à-vis des mesures édictées par les traitants. Elle résulte plutôt des pressions exercées sur eux par le personnel d'encadrement des différents centres REMAR. Or, pour une réhabilitation réussie, l'usager de drogue devrait passer chacune des quatre étapes énoncées ci-dessous y compris, celle qui consiste à maintenir son abstinence à la drogue sur un long terme. Cette dernière phase est basée sur un engagement personnel de l'usager de drogue, sans aide des soutiens et nécessite de ce fait, que celui-ci s'approprie son processus de soin. Ces étapes sont nécessaires dans le processus de sortie de la toxicomanie et constituent les repères essentiels du suivi psychothérapeutique dans le cadre de la prise en charge en long séjour des addicts.

- ***La prise de conscience et la décision de l'arrêt.*** A cette étape les sujets se remettent en question et la consommation prend une place différente. Cette prise de conscience peut être liée à des événements de vie, à l'âge ou au contexte de vie.

- ***La réduction, le contrôle ou l'arrêt de la consommation par divers moyens :*** cette étape est marquée par la demande d'aide et le suivi du traitement. L'UD rompt avec le milieu, apprend à dire non, il se refait une vie (logement, emploi, réseau social), évite les situations à risque. Pour cette étape, les auteurs soulignent l'utilisation de stratégies de dissuasion. Les sujets vont volontairement se mettre dans des situations critiques représentant des sortes de repoussoir (exemple : avoir des dettes de

drogues entraînant l'impossibilité d'aller voir le revendeur). Encore une fois, la rechute fait partie du processus et est corrélée à l'ennui, à l'isolement, aux situations de stress, rendant difficile la stabilisation.

- **La stabilisation** : elle est liée à la fois à la consommation et à la vie quotidienne du sujet. La stabilisation est souvent déterminée par la supervision des réseaux d'aide et de tutelle. Ce contexte de stabilisation, représente pour les sujets toxicomanes une limite dans l'affirmation de l'arrêt. C'est-à-dire que l'accompagnement à long terme ne permet pas de dire qu'ils s'en sont vraiment sortis.

- **Le maintien à long terme** : pendant cette phase, les sujets privilégient les démarches personnelles afin de faire face au passé, de crainte qu'il ne les rattrape, ils doivent pouvoir se passer des soutiens et mener seuls à bien leur processus de réhabilitation (D, Vavassori et al. 2003, pp. 83-101).

En somme, le déficit de communication entre l'UD en soin curatif résidentiel et son réseau familial est un facteur de maintien d'une attitude défavorable à l'égard de son processus de prise en charge. L'observance des traitements est effective chez ce type de patients pendant le temps de leur séjour dans les différents centres. Cependant, si les patients ayant gardé une communication constructive et permanente avec leurs familles sont disposés à continuer à se soumettre aux mesures consistant en l'arrêt de l'usage de la drogue de façon autonome grâce aux conseils reçus de la part de leurs soutiens familiaux, ce n'est pas le cas pour ceux en rupture de communication avec leurs familles. En effet, le fait que ces patients considèrent les mesures qui leur sont édictées dans les différents centres comme une imposition des traitants, compromet leur soumission à ces

mesures sur le long terme et de façon autonome, c'est à dire une fois libérés de la surveillance des encadreurs de ces centres de traitements de la toxicomanie.

En nous inscrivant dans l'approche socio-écologique qui est une approche qui décrit la relation entre les comportements de santé, la communauté et les sous-systèmes sociaux interpersonnels et organisationnels (F, Sallis et N, Owen, 1997, pp.403-424), Il ressort que l'addiction à la drogue influence négativement la communication de l'utilisateur avec le sous-système social que représente sa famille. Cette influence négative de la drogue sur la communication intrafamiliale de l'utilisateur se traduit par son absence totale ou sa restriction. En outre, une communication régulière et constructive entre l'utilisateur de drogue en soin résidentiel et sa famille est un facteur d'appropriation des prescriptions de soin de façon autonome à long terme.

Les résultats de cette étude sont contraires aux conclusions de celle menée par D, Meunier et C, Bettendorff (2013, p.96). Ces derniers préconisent, une limitation absolue des interactions entre l'utilisateur de drogue en soin résidentiel et sa famille. En effet, selon ces auteurs, ces interactions continues avec leurs familles entretiennent voire aggravent leur addiction à la drogue. Et ce, à cause de leurs relations à priori conflictuelles avec ces familles.

En outre, l'étude révèle que l'addiction aux drogues est un facteur de détérioration de la communication intrafamiliale du toxicomane. Par ailleurs, elle a permis de confirmer notre hypothèse selon laquelle :« Le déficit de communication entre l'utilisateur de drogue en soin curatif

résidentiel et son réseau familial est un facteur de maintien chez le patient d'une attitude défavorable à son processus de prise en charge et d'inobservance du traitement. »

4. Renforcement de la communication intrafamiliale pour la prise en charge des usagers de drogue

La présente étude a montré qu'une bonne communication au sein de la famille est un facteur de succès du processus de resocialisation sur le long terme de l'UD. Aussi, la mise en place d'un dispositif de thérapie systémique familiale en vue de contribuer au règlement des difficultés de communication entre le patient et sa famille devra-t-elle permettre au spécialiste de rechercher les solutions idoines aux problèmes de communication dans la famille. Pour ce faire, il faudra outiller les acteurs de la prise en charge en toxicomanie sur les techniques de préparation et de tenue de séances de thérapie systémique familiale.

Il est également nécessaire de mettre en place un mécanisme de communication entre les patients UD issus de la première phase du processus de réhabilitation en soin résidentiel et leurs soutiens familiaux. Ce mécanisme devrait faciliter l'instauration et le maintien de la communication entre ce type de patients et le ou les membre(s) de leur famille qu'ils auront eux-mêmes choisi(s) comme leur interlocuteur dans le cadre du mécanisme de discussion mis en place avant leur admission dans le centre. Ainsi, les patients de la première phase pourront bénéficier d'un soutien psycho affectif de façon constante de la part de ce(s) soutien(s) issus de leurs familles pendant les trois (3) premiers mois de leur présence

dans le centre de prise en charge à travers des visites et appels téléphoniques. En préalable à cette étape, il serait nécessaire d'instaurer un cadre périodique de discussion entre les UD non encore en traitement ou suivant des traitements en ambulatoire et un ou au plus, deux membres de leurs entourages familiaux qu'ils auraient eux-mêmes choisis. Ce cadre d'échanges aura pour objectif de favoriser les interactions communicationnelles entre ces UD et leurs familles respectives avant même leur prise en charge dans une structure résidentielle. Cela pourrait certainement contribuer à accroître le soutien psycho affectif de la famille à son membre addict lorsque celui-ci sera admis en soin résidentiel.

Conclusion

Le déficit de communication entre l'UD en soin curatif résidentiel et sa famille influence négativement l'attitude de celui-ci pour ce qui est du suivi du traitement sur le long terme. Cette influence se situe au niveau de l'état d'esprit du patient vis-à-vis de son traitement et peut ne pas transparaître dans son comportement lorsqu'il est encore interné. En effet, ces patients acceptent de se conformer aux prescriptions de soin du fait de la pression des services d'encadrement. Cette attitude peut être une cause d'abandon du traitement à leur niveau, lorsqu'il s'agira de maintenir leur abstinence à la drogue sur le long terme en privilégiant des démarches personnelles loin des soutiens et autres pressions des encadreurs en charge de leur réhabilitation.

Aussi, est-il préconisé d'instaurer ou de maintenir une communication régulière et non conflictuelle entre les UD en soin

résidentiel et leurs soutiens au sein de la famille tout au long de leur processus de prise en charge. Ce procédé facilite leur appropriation des règles de prises en charge et partant, leur persistance dans l'observance des traitements de façon autonome et sur le long terme.

Références Bibliographiques

Adom K.-H-L., 2018 : « trafic de drogues en Afrique de l'ouest, menace à la stabilité » , séance d'information du conseil de sécurité sur la paix et sécurité en Afrique le 19/12/2018 au siège de l'ONU ,disponible sur <http://www.onu.diplomatie.gouv.ci/fichiers/1545448932Discours-valide-Drug-trafficking-Debate-VF-19.12.2018.pdf> consulté le 06 /12/2019 à 13h42.

Barben C. et *al.* 2007 : « Immersion en communauté, prise en charge des personnes toxicomanes» P.107 disponible en ligne : http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2006_2007/travaux/07_r_toxicomanes.pdf consulté le 24/08/2020.

Diarra T., 2018 : « Trafic de drogues et prolifération de fumeurs à Abidjan en Côte d'Ivoire : Les révélations troublante d'un rapport d'étude sur les usagers de drogue mineurs » disponible sur <http://www.linfodrome.com/societe-culture/42286-traffic-de-drogues-et-proliferation-de-fumeurs-en-cote-d-ivoire-les-revelations-troublantes-d-un-rapport-d-etude-sur-les-usagers-> consulté le 20/12/2019 à 23H 24.

- Evanno J. et al, 2016 : « Vers l'introduction des traitements de substitution aux opiacés en Côte-d'Ivoire ? », Abidjan, Médecins du Monde, P.12.
- Fournié J., 1997 : « Familles et toxicomanies, initiatives privées et publiques : groupes parents, service d'aide téléphonique, de nouveaux espaces pour la parole », Paris, Ed. Formation interventions recherche sida toxicomanies (first) et l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), P.169 disponible en ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000332.pdf>, consulté le 22/02/2018.
- Godin G., 1991 : « L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs in sciences sociales et santé » 9-1 pp. 67-94 disponible sur https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1991_num_9_1_1185 consulté le 07/09/2020 à 11H46.
- Green L.W et al., 1996: « Ecological foundations of health promotion ». *American Journal of Health Promotion*. 10 (4), pp. 270-281.
- Mathieu J. et Thomas R., 1995 : « Manuel de psychologie », Ed VIGOT, Paris. p. 408.
- Meunier D. et Bettendorff C., 2003 : « Soins résidentiels collectifs : les pratiques professionnelles de soin résidentiel collectif », Fédération Addiction, Paris. p. 96.

- ONU, 2014 : « Toxicomanie : des experts de l'ONU appellent au renforcement de la prévention » Centre d'actualités des Nations Unies. Disponible sur www.un.org/press. Consulté le 22/08/2018 à 24 H 32 MNS.
- ONUDC, 2018 : « Rapport mondial sur les drogues 2018 : la crise des opioïdes, l'abus de médicaments sur ordonnance s'étend ; la cocaïne et l'opium atteignent des records », ONUDC, en ligne disponible sur [www.https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_french.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_french.pdf) consulté le 17 / 08/ 2018 à 23 h 32 MNS.
- Sallis F. & Owen N., 1997: « Ecological models ». [In Glanz, K., Lewis, L., Rimer, R.K. (Eds.): Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice] 2nd edition. San Francisco : Jossey-Bass, Inc., pp. 403-424.
- Savoie-zajc L, 2007 : « Comment construire un échantillon scientifiquement valide » ?In Actes du colloque Recherche Qualitative ; les questions de l'heure, recherches qualitatives / Hors-série / 5 P.111 disponible sur [https://www.researchgate.net/publication/237504691 Comment peut-on construire un echantillonnage scientifiquement valide](https://www.researchgate.net/publication/237504691_Comment_peut-on_construire_un_echantillonnage_scientifiquement_valide) consulté le 20/07/2020 à 14 h 07.
- Vavassori D et al., 2003 : « Le processus de sortie de la toxicomanie : l'attrition », *Psychotropes*, 2003/2 (Vol. 9), p. 83-101. Disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2003-2-page-83.htm> consulté le 27/08/2020.