

CONFIGURATIONS FAMILIALES ET SOUFFRANCE PSYCHIQUE CHEZ LES TUNISIENS USAGERS DE LA BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE

Ogma Hatta, Kokou Messanh Agbemele Soedje, Houyem Boukassoula, Bassantéa Lodegaena Kpassagou, Nesrine Fathi, Riadh Ben Rejeb

EDK, Groupe EDP Sciences | « Perspectives Psy »

2016/1 Vol. 55 | pages 18 à 26

ISSN 0031-6032

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2016-1-page-18.htm>

Pour citer cet article :

Ogma Hatta *et al.*, « Configurations familiales et souffrance psychique chez les Tunisiens usagers de la Buprénorphine haut dosage », *Perspectives Psy* 2016/1 (Vol. 55), p. 18-26.

DOI 10.1051/ppsy/2016551018

Distribution électronique Cairn.info pour EDK, Groupe EDP Sciences.

© EDK, Groupe EDP Sciences. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Configurations familiales et souffrance psychique chez les Tunisiens usagers de la Buprénorphine haut dosage

¹Psychologue
Clinicien, CHU
Campus de Lomé, 03
BP, 30284 Lomé, Togo.
hattaogma2000@
yahoo.fr
ogma.hatta.1@
ulaval.ca
²CHU, Campus
de Lomé, Togo.
³ATIOS, Tunis, Tunisie.
⁴Centre Manara (AFC),
Le Kef, Tunisie.
⁵FSHS de Tunis,
Tunisie.

Ogma HATTA¹, Kokou Messanh Agbemele SOEDJE²,
Houyem BOUKASSOULA³, Bassantéa Lodegaena KPASSAGOU²,
Nesrine FATHI⁴, Riadh BEN REJEB⁵

Résumé

Nous avons expliqué les fonctions de l'usage de la Buprénorphine haut dosage dans les relations affectives des Usagers de Drogues Injectables (UDI) dans le contexte socioculturel tunisien, dans une étude clinique. Le but poursuivi était de décrire les dysfonctionnements familiaux et les souffrances affectives des UDI tunisiens en nous focalisant sur les fonctions qu'assure l'usage de la Buprénorphine Haut Dosage dans leurs liens affectifs. Pour mettre en œuvre cette recherche, nous avons utilisé en marge des entretiens cliniques, les tests projectifs du TAT, du Rorschach et du dessin de la famille, pour l'investigation psychologique, d'octobre 2011 à mars 2012 à Tunis.

Les dysfonctionnements familiaux et les souffrances affectives des UDI, observés aux entretiens cliniques menés, se sont traduits par des tendances inhibitrices des affects négatifs et le manque de représentation pulsionnelle à travers les protocoles des tests du Rorschach et du TAT sans oublier les dessins de la famille.

Les résultats confirment également qu'aucun fonctionnement psychologique n'est épargné par la dépendance à la Buprénorphine haut dosage. C'est ainsi que les UDI recourent assez souvent à l'inhibition et l'évitement dans leur rapport au réel, exprimant une insécurité affective. Ils tendent à décharger leurs pulsions de façon impulsive car la représentation échoue. La relation d'objet procède par isolement, par refoulement ou par projection. La fragilité identitaire est flagrante et les images parentales paraissent envahissantes ou inconsistantes pour assurer la sécurité affective. Les effets de la Buprénorphine Haut Dosage sont ainsi recherchés pour inhiber les affects négatifs.

Mots clés : buprénorphine haut dosage, UDI, souffrances affectives, dysfonctionnements familiaux, inhibition des affects, Tunisie.

Family and psychological characteristics of Tunisian users of Buprenorphine high dose Abstract

We explain the functions of the use of Buprenorphine High Dose in affective relationships of Injectable Drug Users (IDU) in the Tunisian sociocultural context, in a clinical study. The aim was to describe family dysfunctions and emotional suffering of Tunisian IDU by focusing on functions of the insured use Buprenorphine High Dose in their bonding. To implement this research, we used the margins of clinical interviews, projective tests of TAT, the Rorschach and the family drawing for psychological investigation, from October 2011 to March 2012.

Family dysfunction and emotional suffering of IDUs observed in clinical interviews, resulted in inhibitory patterns of negative affect and lack of instinctual representation through the testing protocols of Rorschach and TAT without forgetting the drawings of the family.

The assumptions are confirmed also that no psychological functioning is spared dependence Buprenorphine High Dose. Thus IDUs often resort to inhibition and avoidance in their relationship with reality, expressing emotional insecurity. They tend to unload their impulses impulsively because representation fails. The object relationship proceeds by isolation, displacement or projection. Identity is obvious fragility and parental images seem invasive or inconsistent for emotional security. The effects of Buprenorphine High Dose are sought to inhibit the negative affects.

Key words: buprenorphine high dose, IDU, emotional suffering, dysfunctional families, inhibition of affects, Tunisia.

A

la recherche de sensations extraordinaires, l'homme a, depuis la nuit des temps, utilisé des produits psychoactifs. Aujourd'hui, les effets sont recherchés pour oublier ses angoisses, pour améliorer ses performances ou pour se défoncer. Les conséquences sur les plans mental, familial, scolaire, professionnel, juridique, médical et relationnel varient selon la nature chimique et le statut légal des produits consommés. Il n'est nul doute que le rapport avec des substances prohibées par la société, témoigne d'un malaise aussi bien individuel que systémique.

Introduction et problématique

Selon le DSM-IV-TR (APA, 2003), le diagnostic se base sur quatre critères regroupés en deux : les troubles liés à l'utilisation d'une substance (dépendance et abus) et les troubles induits par une substance (intoxication et sevrage). Chaque substance psychoactive consommée produit des effets spécifiques, comme le sont aussi les manifestations de sevrage. On note onze formes différentes de toxicomanies ou troubles correspondant à onze classes de substances : alcool, amphétamines, caféine, cannabis, cocaïne, hallucinogènes, solvants volatils, nicotine, opiacés, phencyclidine et sédatifs.

Bien avant l'APA, plusieurs auteurs comme Charles Nicolas (1981, 1982, 1985), Bergeret (1982, 1998, 2000), etc., ont décrit des états toxicomaniaques que sont essentiellement les effets recherchés et les effets ressentis après l'usage d'une substance psychoactive. De nombreux travaux ont prouvé qu'un milieu familial inadéquat est un facteur de risque important de genèse de la toxicomanie (Barnes,

1990 ; Dryfoos, 1990 ; Baumrind, 1991 ; Hawkins *et al.*, 1992 ; Tubman, 1993 ; Johnson *et al.*, 1995 ; Petraitis *et al.*, 1995 ; Nadeau et Biron, 1998 ; Patterson, 1998 ; Vitaro et Carbonneau, 2000). D'autres se sont intéressés à l'usage de substances psychoactives autour des notions d'addiction, de toxicomanie, de dépendance, d'abus, etc. Pour eux, dans la pathologie du lien objectal à laquelle renvoie la toxicomanie, le corps de l'enfant a été le lieu de projections de l'objet externe au mépris du désir propre (Miel, 2002a). À l'objet transitionnel défaillant succédera, le cas échéant, le produit en tant qu'objet transitoire dans le sens où il faut le remplacer continuellement, puisqu'il n'a ni la signification, ni le destin du véritable objet transitionnel à savoir un objet en voie d'introjection (Mc Dougall, 1982). Mais pourquoi l'objet transitionnel est-il défaillant ? Winnicott (1975) pense que le recours au produit signe l'échec de la fantasmatisation et de l'internalisation de l'objet. Selon Lemoine (1998), la toxicomanie n'est pas une délinquance, une transgression, un refus, c'est au contraire une soumission totale, une tentative désespérée d'adaptation aveugle aux principes généraux de la construction psychique, de l'évolution humaine.

Dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de Magistère de Psychologie Clinique et Psychopathologie à la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis, nous avons mené cette étude au Centre « Chems » qui est une unité médicale et psychologique de l'Association Tunisienne pour l'Information et l'Orientation sur le SIDA (ATIOS). Le Centre « Chems », fonctionnant sous le régime de l'externat, il est spécialisé dans des activités de réduction des risques liés à l'usage de substances psychoactives. Les observations cliniques que nous y avons réalisées tendent à

confirmer le fait que l'usage de la Buprénorphine Haut Dosage, encore appelée Subutex[®], est devenu un phénomène en Tunisie. En effet, d'après une enquête de l'ATIOS, il y avait environ 10 000 usagers de la Buprénorphine Haut Dosage en 2009 vivant sur le territoire tunisien. Cette population est estimée entre 12 000 et 14 000 en 2012.

L'usage de cette substance est classé dans l'addiction aux opiacés car elle a des effets morphiniques et est utilisée dans le traitement substitutif à la dépendance aux opiacés. Elle a été mise sur le marché pour la première fois en Grande-Bretagne et en Irlande sous forme injectable en 1978. Mollie rapportait en 2001 que ce produit est en vente libre mais classé comme stupéfiant en Irlande, en Italie et en Allemagne et a un statut hybride en France. Il est interdit en Tunisie, notamment par la loi n° 2009-6 du 26 janvier 2009. Cela n'empêche pas qu'il abonde au « marché noir » tunisien sous des dénominations comme Subutex[®], Soubia[®], Zorraqa[®]. L'avantage de l'utilisation de la Buprénorphine Haut Dosage, par rapport à la méthadone, est sa très grande sécurité d'emploi, hormis en association avec les benzodiazépines, permettant ainsi une prescription et une dispensation beaucoup plus simple et facile que la méthadone. Son principal inconvénient est sa solubilité dans l'eau, ce qui est une incitation pour les toxicomanes à écraser les comprimés pour s'injecter le produit par voie intraveineuse, pratique très répandue en Tunisie.

Une étude transversale de [Derouiche](#) en 2009 a décrit le profil sociodémographique et clinique de 52 toxicomanes tunisiens utilisant la Buprénorphine Haut Dosage par voie intraveineuse. L'auteur de cette thèse de médecine a également essayé de retracer leur parcours toxicomane, a précisé les caractéristiques de cette toxicomanie et recherché une éventuelle comorbidité psychiatrique. Hormis Boukassoula (2000), tous les autres travaux réalisés en Tunisie ([Trabelsi](#), 1998 ; [Déroüiche](#), 2009 ; [Hsairi](#), 1993 ; [Khlif](#), 2009 ; [Mouelhi](#), 2009 ; [Ben Salah](#), 2010) sont purement médicaux et proposent des explications différentes mais complémentaires. Il est important de remarquer que le phénomène de l'usage des drogues en général et celui de la Buprénorphine Haut Dosage en particulier reste insuffisamment élucidé en Tunisie dans le champ de la psychologie. C'est ainsi que, face à l'évolution inquiétante de l'usage de ce produit, la ques-

tion suivante se dégage : quelles sont les fonctions de l'usage de la Buprénorphine Haut Dosage dans les relations affectives des Usagers de Drogues Injectables (UDI) tunisiens ? Il convient donc d'approfondir ces connaissances afin de contribuer à la conceptualisation de la psychopathologie de l'usage de cette substance.

But

Cette étude explique les conduites addictives aux drogues en général et le goût prononcé à la Buprénorphine Haut Dosage en particulier par les UDI dans le contexte socioculturel tunisien. Elle décrit spécifiquement les souffrances affectives des UDI tunisiens et les fonctions que l'usage de la Buprénorphine Haut Dosage assure dans leurs liens affectifs.

Méthodologie de la recherche

Hypothèses

La toxicomanie est aussi une pathologie du lien familial où :

- Le recours abusif à la Buprénorphine Haut Dosage par les UDI tunisiens s'explique entre autres par les dysfonctionnements familiaux et les souffrances affectives.
- L'usage de la Buprénorphine Haut Dosage assure plusieurs fonctions dont la défense ou la substitution dans les liens affectifs familiaux des UDI tunisiens.

Cadre de collecte des données

Nous avons recueilli nos informations au Centre « Chems » situé au 02, Rue d'Allemagne à Tunis, en Tunisie. C'est l'unité de l'ATIOS spécialisée dans la prise en charge des PVVIH et des toxicomanes établis sur le territoire tunisien. Le Centre « Chems » fonctionne sous le régime de l'hôpital de jour, de 09 h 00 à 16 h 00, heure locale. ATIOS est une association à but non lucratif créée en 1992.

Le Centre « Chems » met en œuvre des actions d'information et de sensibilisation sur les drogues et le VIH/Sida dans les milieux scolaires et universitaires, dans les maisons de jeunes et dans les centres de détentions ou de réinsertion sociale, dans les hôtels, etc. Les PVVIH et les usagers de drogues bénéficient d'une orientation, d'un accompagnement psychologique, médical et social. Les ressources humaines d'ATIOS sont des cadres médicaux et psychologues, des éducateurs et cadres de l'enfance, des juristes et travailleurs sociaux, des éducateurs pairs, etc.

La population d'étude est tous les UDI ayant visité le Centre « Chems » d'octobre 2011 à mars 2012. Elle est constituée d'UDI en sevrage ou non, suivant un processus de prise en charge régulier ou non. Notre échantillon clinique est composé de trois UDI suivis quotidiennement au Centre « Chems » d'octobre 2011 à mars 2012.

Échantillonnage

Le choix définitif des trois illustrations cliniques s'est effectué au moyen de l'échantillonnage à plusieurs phases. Son principe est que les données détaillées sont collectées auprès d'un sous-échantillon tiré d'un échantillon de base de taille plus grande. C'est ainsi que trois UDI ont été retenus en fin de compte dans cette étude parmi un échantillon de douze. Cette technique est utile lorsqu'il manque à l'intérieur de la base de sondage des données auxiliaires qui pourraient servir à stratifier la population ou à rejeter une partie de la population. Les sujets retenus ont été reçus en entretiens cliniques au moins une dizaine de fois et ont tous été soumis à l'examen psychologique jusqu'à la fin par les tests de Rorschach, de TAT et de dessin de famille. C'est chez eux que nous avons obtenu une certaine quantité d'informations jugée assez satisfaisante pour comprendre leur problème de dépendance à la Buprénorphine Haut Dosage. Les UDI que le Centre « Chems » reçoit sont très instables et irréguliers, rendant difficile le sevrage assidu, surtout que la chimiothérapie à visées substitutives y est utilisée rarement et de façon très circonstancielle.

Les données ont été collectées selon les principes de la méthode clinique de façon approfondie et soutenue. Mis à part les entretiens semi-directifs, les observations prolongées et approfondies des trois sujets ont été effectuées afin de comprendre leurs manières d'être passées et présentes. Pour aller plus loin, l'investigation psychologique a fait recours au test de Rorschach, au test du TAT et au test du dessin de la famille.

Instruments

Les investigations avec le test de Rorschach mettent en avant chez cette catégorie de la population le maintien des liens avec la réalité, une relation d'objet pathologique, un manque de contrôle pulsionnel ; ces traits n'étant pas spécifiques mais présents dans la personnalité, quelle qu'elle soit, des usagers de drogues (Boukassoula, 2000 ; Maghrabi,

1984 ; Timsit et Leduc, 1981). Pour Murray (1938), le TAT vise à découvrir les conflits inconscients du sujet avec son entourage, entre le Moi et le non-Moi. C'est ainsi que face aux planches, l'inhibition consiste à ne pas faire référence à l'imaginaire en surinvestissant la réalité externe ; l'utilisation des procédés (E) témoigne de l'importance de la projection pour faire échec au contrôle qui est repérable par les tendances à la restriction et les manifestations corporelles. Corman (1961) a décrit l'expression des tendances inhibitrices au dessin de la famille par entre autres, un trait faible, des répétitions, des lignes droites, la zone de haut de la feuille toujours occupée, par le refus, la négation, la mise à l'écart comme défenses contre l'angoisse.

Résultats

L'examen psychologique

Monsieur A

C'est un jeune homme de 35 ans et célibataire sans enfant. Fils d'Imam de 85 ans de son état, M. A est le benjamin d'une fratrie de 8 enfants dont 5 filles et 3 garçons. Ce patient s'injecte de la Buprénorphine Haut Dosage depuis au moins 3 ans à raison de 2 injections par jour. Il fait également usage de Témesta[®], fume du tabac et boit les boissons alcoolisées depuis des années. Sur le plan social, il a tendance à la prostration en groupe et il décrit une peur à allure claustrophobique. Sur la base des données recueillies aux entretiens, le diagnostic multiaxial selon le DSM-IV-TR (APA, 2003) permet de retenir :

- La dépendance physique et psychologique à la Buprénorphine Haut Dosage en rémission précoce complète. L'alcool, le tabac et le Témesta[®] y sont associés.
- Le trouble de la personnalité évitante et la phobie spécifique de type situationnelle à allure claustrophobique dont le début remonte avant l'initiation à la drogue.
- La surprotection des parents, qui sont très âgés ; le chômage car il a perdu son épicerie ; l'insécurité du quartier dans lequel il vit ; des arrestations, incarcérations et litiges avec la police.

Monsieur B

C'est un homme âgé de 42 ans et aîné d'une fratrie de trois enfants. Il a été expulsé d'Italie en 2000 pour trafic de cocaïne et d'héroïne. Notons qu'il a suivi en 1990 une formation militaire non concluante de trois mois parce

qu'il a manifesté son mécontentement vis-à-vis d'un colonel de l'armée en tirant deux coups de feu en l'air. Avec trois tentatives de suicide, M. B a fait un an de prison pour usage de cannabis et six mois ensuite pour avoir frappé un agent de police. Son lien avec la drogue remonte à l'âge de 18 ans et il affirme avoir essayé à tous les produits psychotropes : alcool, tabac, cannabis, cocaïne, héroïne, amphétamines, etc. Quant à la Buprénorphine Haut Dosage, il dit le sniffer souvent, au moins deux fois par jour et se l'injecte parfois. Irritable, il est souvent nerveux et impulsif. Sur la base des données recueillies aux entretiens, le diagnostic multiaxial selon le DSM-IV-TR (APA, 2003) permet de retenir :

- La dépendance physique et psychologique à la Buprénorphine Haut Dosage en rémission précoce partielle. Il associe l'usage du tabac, de l'alcool et d'autres médicaments psychotropes.
- Un trouble de la personnalité borderline.
- Le divorce des parents et un désaccord avec le reste de la fratrie ; l'abandon des études, des conflits avec ses camarades de lycée ; le chômage car il a perdu son emploi à plusieurs reprises ; l'insécurité dans le quartier où il vit et plusieurs arrestations, plusieurs détentions.

Monsieur C

Il est âgé de 55 ans, marié et père de deux filles. M. C est l'aîné et unique garçon d'une fratrie de cinq enfants. Après sa formation militaire en 1978, il a passé avec succès un concours. « À deux jours de ma prise de fonction, j'avais peur de m'engager dans la vie adulte malgré le soutien de mon père » dit-il. Avec ses amis, ils ont vendu, fumé, sniffé, bu et se sont injecté presque toutes sortes de produits psychotropes à travers l'Europe et l'Afrique du Nord. En 1998, M. C a été condamné en France à deux ans de prison ferme pour trafic de drogues et libéré sous caution un an après avant d'être rapatrié à Tunis. Il a également fait un an de prison à Tunis pour usage de cannabis. M. C sniffe et s'injecte, au moins une fois par jour, de la Buprénorphine Haut Dosage. Il boit de l'alcool et fume du tabac sans oublier Parkizol®, Témesta® et autres. Sur la base des données recueillies aux entretiens, le diagnostic multiaxial selon le DSM-IV-TR (APA, 2003) permet de retenir :

- La dépendance physique et psychologique à la Buprénorphine Haut Dosage en rémission précoce incomplète. Cette dépendance s'associe à une utilisation non abusive d'alcool, de tabac et de benzodiazépines.

- Le trouble de la personnalité antisociale.
- L'épilepsie à allure grand mal et le déficit visuel.
- La surprotection parentale, le décès du père ; le chômage après avoir perdu son emploi plusieurs fois ; l'insécurité dans le quartier où il habite ; des arrestations, des incarcérations, des rapatriements forcés de l'étranger.

Analyse des dessins de la famille

Chez M. A, le principe du plaisir-déplaisir a été abandonné au profit de celui de la réalité. Ce dessin ne fait pas transparaître clairement les affects, tant il très classique et on pourrait imaginer facilement le formalisme qui caractérise la communication dans cette famille qu'est la sienne. Les défenses mobilisées sont le refoulement et l'inhibition des pulsions. L'imagination, la créativité et la transgression semblent fortement punies par un Surmoi.

Le dessin de la famille de M. B est celui de sa vraie famille et la feuille est entièrement occupée : expansion vitale. L'image de la mère est surinvestie par son caractère débordant, elle occupe une position centrale et elle est la première à être représentée. La simplicité des garçons (mal formés) dont il fait partie pose le problème de l'image dépréciée de soi. Au rang des défenses mobilisées, l'ambivalence se joue dans ce dessin, la négation de la rupture du couple parental et le un déni.

La vraie famille dessinée obéit au principe de réalité mais la recherche du plaisir de la part de M. C est flagrante. La réalité devenue pénible est compensée par sa dépendance affective à son épouse. Son rapport pathologique avec l'objet du plaisir est mis à nu dans ce dessin qui révèle un défaut de mentalisation et une tendance à l'expression crue des pulsions. L'angoisse de séparation et de perte d'objet est évidente et il procède à la régression orale (mamelons de son épouse exposés) pour tenter de contenir son angoisse. Le Surmoi semble inexistant ou insuffisamment intégré car M. C qui est sensé l'incarner est disqualifié et absent de la dynamique familiale.

En somme, les dessins de la famille des trois patient UDI sont caractérisés par des répétitions et des tendances négatives au niveau du contenu, par la négation, par la valorisation, par la dévalorisation et par la mise à l'écart comme défenses contre l'angoisse.

Analyse des protocoles du test Rorschach

Le protocole de M. A est marqué par l'évitement associé à l'inhibition massive, à travers un temps très long, comme modes de réaction face aux excitations extérieures. Il a une tendance phobique vis-à-vis des symboles phalliques (planches IV et VI). La relation d'objet procède souvent par dédoublement, refoulement, l'évitement et par intellectualisation. Il est à remarquer qu'il utilise les verbes « relier, coller, séparer » qui caractérisent les réponses des toxicomanes au test de Rorschach. Le recours massif au refoulement et à l'inhibition phobique de M. A indique un aménagement névrotique de sa personnalité.

Avec M. B l'épreuve a provoqué un retentissement émotionnel plutôt négatif avec une adaptation superficielle. Le blocage de la décharge affective se traduit par l'inexistence des kinesthésies d'objets. Les réponses sensorielles sont très peu présentes. Les facteurs temporels montrent une attitude évacuatrice de l'épreuve. M. B est incapable de différer les pulsions agressives et sexuelles vis-à-vis des images parentales. La relation d'objet est intellectuelle et double, renvoyant à un aménagement limite.

M. C a produit une seule kob indiquant que la décharge affective est possible malgré le contrôle. La rareté des F limite la fixation des représentations, favorisant la libération pulsionnelle à travers un bon nombre de kinesthésies, manquant tout de même de dynamisme et de bonne qualité formelle. Il recourt au dédoublement et au clivage face au réel et n'hésite pas à user de l'évitement ou de l'inhibition dans sa relation d'objet. La symbolique du phallus pose problème et les planches y conduisant (IV et VI) sont toutes rejetées. L'ambivalence dans la relation symbiotique tendrait à rendre compte d'une séparation incomplète d'avec l'objet affectif, donc d'une identité mal différenciée. L'hypothèse que l'on pourrait ainsi se faire sur son organisation est que Mr C a un aménagement psychotique. Pour résumer, les trois protocoles du test de Rorschach sont caractérisés par un nombre de réponses (R) faible accompagné de Refus, la rareté des kob, un pôle sensoriel peu sollicité, la rareté des F de bonne qualité et par des kinesthésies non interactives, etc.

Analyse des protocoles du test TAT

Pour M. A, la tendance à la restriction, le temps de latence long au début et la référence

à la réalité perceptive visent à éviter les conflits. L'angoisse de castration et de perte d'objet provoque la perception des objets séparés de leurs affects. La fragilité identitaire se signale aux planches 5 et 7BM qui provoquent un refoulement massif et une fuite devant l'émergence de la pulsion sexuelle. Ces modalités de fonctionnement caractérisé par le recours à l'évitement massif et à l'inhibition traduiraient une tendance phobique chez M. A.

On note un investissement considérable de l'inhibition et du contrôle par M. B. Les procédés narcissiques (C/N) sont nombreux et s'associent aux procédés phobiques (C/P). La lutte antidépressive peut expliquer le recours aux défenses maniaques (C/M). La rareté des procédés (E) signifie que la projection est inefficace et que le contrôle réussit, d'où la sollicitation des C/C pour tenter le blocage de la décharge affective trop intense. Il a une attitude expéditive durant l'épreuve. La relation incestueuse d'avec la mère est assumée à travers la reviviscence des fantasmes paricidaires et l'élaboration de l'angoisse de perte d'objet. L'hypothèse que l'on pourrait émettre à la lecture de ce protocole est celle d'une personnalité borderline de M. B.

Le protocole de M. C montre l'utilisation de différents procédés, de manière non trop préférentielle suggérant une instabilité identitaire et une inconstance du rapport avec le monde extérieur. L'émergence des processus primaires confirme l'importance de la projection, déjà observable aux autres tests. La tentative de représentation pulsionnelle échoue par un retrait libidinal narcissique à travers les procédés (C/N) et à travers l'inhibition des affects (C/C, C/P). L'utilisation des (E) par M. C montre une certaine désorganisation de la pensée et du discours (Shentoub, 1998). La latence longue, l'agitation motrice (C/C), et la tendance à la restriction (C/P) concourent à l'évitement du conflit. Tout ceci amène à retenir l'hypothèse d'un fonctionnement psychotique.

Globalement, les protocoles du test de TAT sont pauvres en procédés E mais riches en procédés d'inhibition et d'évitement du conflit (C/P et C/C).

Discussion des résultats

Plusieurs travaux ont prouvé que le trouble de dépendance à l'alcool et aux drogues serait presque toujours présent en comorbidité avec le trouble de l'humeur ou le trouble des

conduites (Brent *et al.*, 1999 ; Houston *et al.*, 2001 ; Marttunen *et al.*, 1991 ; Shaffer *et al.*, 1996). En effet selon les études, (Marttunen *et al.*, 1991 ; Shafii *et al.*, 1988), de 43 % à 81 % des adolescents suicidés présentaient une comorbidité. Les perturbations plus ou moins prononcées de l'humeur chez M. B ou M. C et la claustrophobie chez M. A vont dans ce sens. Par ailleurs, lorsqu'on veut y voir de plus près, on se rend compte que la toxicomanie est un phénomène multidimensionnel justifiant son abord pluriel. La diversité des structures de personnalité des trois patients en est une illustration, sans oublier qu'ils utilisent toute une multitude de produits.

M. B abrite un sentiment ambivalent vis-à-vis de son père car sa mise à l'écart du reste de la famille sur le dessin traduit sa haine et le déni de la séparation. La lutte antidépressive chez lui sur le dessin de famille s'explique, comme Khélifi (2001) affirmait, par la dévalorisation dans le but de se protéger contre les attaques du mauvais objet. Morval (1973) mentionne que les enfants privés de père, quelle qu'en soit la raison, s'identifient davantage à un plus jeune, représentant peut-être un âge plus heureux où les deux parents étaient présents. Certes, M. B n'est pas un enfant, mais les jeux auxquels se livrent les enfants de son dessin illustrent sa nostalgie des moments de joie avec les deux parents ensemble. Il chercherait à restaurer une image de soi perturbée en manifestant plus d'anxiété et d'ambivalence envers la figure paternelle (Morval, 1973).

D'un autre côté, le toxicomane aurait, selon Miel (2002a), la difficulté de différencier entre l'objet de besoin et l'objet de désir, sur fond de souffrance maternelle. L'examen psychologique des trois UDI révèle, comme le disait (Miel, 2002a), que face à la fragilité des figures parentales, à l'insuffisance d'investissement des objets parentaux, le travail de séparation psychique chez le toxicomane se trouve compromis. Il est clair chez les trois que l'identification aux images parentales est angoissante et compromise parce qu'elles s'avèrent inatteignables (Rausch, 2000).

L'environnement familial pauvre de M. B étant aggravé par les ruptures entre ses parents et entre lui et le reste de la fratrie, avec qui il est en conflits ouverts, chez lui l'usage de la Buprénorphine Haut Dosage vise à noyer ses soucis. L'inhibition par ce produit serait en fait pour lui un besoin de réassurance narcissique suite au traumatisme affectif à en croire

Bergeret (1982). La Buprénorphine Haut Dosage et l'alcool seraient pour M. C un substitut qualitatif d'affection, pour tenir le coup de la réalité, afin de ne pas sombrer. Ce patient est celui qui fait émerger le plus les processus primaires aux tests projectifs. Tous ces éléments vont dans même sens que Hsairi (1993), montrant la substitution du vide laissé par l'objet parental dans l'imaginaire par l'objet drogue.

Pour Winnicott, (1975) le toxicomane n'est pas parvenu à développer une « capacité à être seul » dans son rapport avec l'objet en présence de la mère, du fait de l'indisponibilité psychique de celle-ci qui était source d'angoisse. M. C a fait recours à cet objet concret face à ce que Winnicott appelle la crainte de l'effondrement, lorsqu'il s'est retrouvé « seul » à Paris. L'addiction à la Buprénorphine Haut Dosage permet de mettre la relation au produit en lieu et place de la relation d'intimité avec autrui. Elle permet au système familial, selon Schepens (2005), de maintenir ses schèmes relationnels inchangés malgré le vieillissement inéluctable de ses membres : temps psychique de maturation bloqué.

Un autre mode de réponse à cette pathologie du narcissisme blessé, selon les termes de Gut-ton (1986), est la projection sur le corps propre au travers des pratiques d'incorporation, réalisant un déni de la puberté et permettant d'éviter la dépressivité. N'est-ce pas le sens que pourrait avoir l'administration de la Buprénorphine Haut Dosage par voie injectable ? Bion (1959) pense que contrairement aux défenses élaborées dans les états psychotiques où il est procédé à une attaque des liens avec l'objet ou à une destruction de celui-ci, il s'agit ici d'une action sur le corps visant à neutraliser les affects par une altération des capacités sensorielles et pulsionnelles, en vue de suspendre l'activité représentative. Le recours excessif aux procédés inhibitoires lors de l'examen psychologique des UDI et la rareté des réactions face aux couleurs au test de Rorschach tenteraient donc de neutraliser les affects et c'est d'ailleurs l'effet principal de la Buprénorphine Haut Dosage.

Freud énonce que la représentation se met en place via la perte d'objet sur fond de principes de plaisir et de réalité dans les expériences de frustration (Masson, 1985). Miel (2002a) en explique que le caractère organisateur car la perte d'objet permet l'avènement de la représentation, la mise en place de la réalité et de l'objet externe. Selon lui, l'objet drogue ap-

préhendé par certains comme un objet transitoire à défaut d'être un objet transitionnel, relève davantage de la notion d'objet référent car évoluant dans le registre de l'impensable. Sa présence signe l'échec de la représentation, des processus symboliques à lier des affects survenant sur fond de souvenir traumatique. Les récits aux tests projectifs ont révélé le défaut de représentation, la faiblesse l'élaboration pulsionnelle chez les UDI. Il est évident que l'immaturation psychologique à travers l'expression du besoin primaire d'affectivité et l'incapacité à lier les pulsions agressives et libidinales qui ont été décrites chez les trois patients aux tests projectifs convergent à faire de l'usage de la Buprénorphine Haut Dosage une tentative de substitution de l'étayage parental.

Conclusion

L'usage du produit psychotrope est pour les trois UDI une automédication pour supporter la douleur morale et la détresse, pour oublier les soucis, pour s'inhiber afin de supporter ou se conformer aux normes sociales ou à la réalité dure, etc. Les dysfonctionnements familiaux et les souffrances affectives qu'ont les UDI se sont traduits par les tendances inhibitrices et le manque de représentation à travers les tests projectifs qu'il convient de rappeler. Ainsi :

- Les protocoles du test de Rorschach sont caractérisés par un nombre de réponses (R) faible accompagné de Refus, la rareté des kob, un pôle sensoriel peu sollicité, la rareté des F de bonne qualité et par des kinesthésies non interactives, etc.

- Ceux du test de TAT sont pauvres en procédés E mais riches en procédés d'inhibition et d'évitement du conflit (C/P et C/C).

- Les dessins de la famille sont caractérisés par des répétitions et des tendances négatives au niveau du contenu, la négation, la valorisation/dévalorisation et la mise à l'écart comme défenses contre l'angoisse.

Ils recourent à l'inhibition et l'évitement dans la relation au réel traduisant une insécurité affective. L'œdipe est souvent négatif et l'angoisse de perte d'objet mal élaborée. Ils tendent à décharger leurs pulsions de façon impulsive car la représentation échoue. La relation d'objet procède par isolement, clivage, refoulement et identification projective. La fragilité identitaire flagrante et les images parentales paraissent envahissantes ou incon-

sistantes pour assurer la sécurité affective. Cette étude qui est loin d'être épuisée parce que l'échantillon n'étant pas représentatif, fait plutôt appel à un approfondissement de la problématique toxicomaniaque afin d'insuffler une nouvelle dynamique à sa prévention en Tunisie. ■

Remerciements

Remerciements et gratitude à La Banque Islamique de Développement qui a fourni le soutien financier de l'étude, à tout le personnel de l'Association Tunisienne pour l'Information et l'Orientation sur le Sida (ATIOS), à l'administration, au corps enseignant et au personnel de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis.

LIENS D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. American Psychiatric Association, (2003). *DSM-IV-TR*. Paris : Masson.
2. Barnes, G.M. (1990). Impact of family on adolescent drinking patterns. In R.L. Collins, K. E. Leonard, J.S. Searles (Eds.). *Alcohol and the family: research and clinical perspectives*. New York : Guilford Press.
3. Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. In Cheryl, S., et al. (2007). Impact of parenting styles and locus of control on emerging adults' psychosocial success, *Journal of Education and Human Development*, 1(1).
4. Ben Salah, H. (2010). *Toxicomanie à la Buprénorphine*. Tunis : Faculté de Médecine.
5. Bergeret, J. (1982). *Personnalité normale et pathologique : les structures*. Paris : Bordas.
6. Bergeret, J. (1998). *Les états limites et leurs aménagements*. Paris : Masson.
7. Bergeret, J. (2000). *Psychologie pathologique théorique et clinique*. Paris : Masson.
8. Bion, W.R. (1959). Attaques contre les liens. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1982 (25), 285-298.
9. Boukassoula, H. (2000). *La gestion de l'agressivité chez les jeunes toxicomanes tunisiens*. Mémoire de Magistère de psychologie clinique non publié, Université de Tunis.
10. Brent, D.A., et al. (1999). Age and sex related risk factors for adolescent suicide, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 1497-1505.
11. Charles-Nicolas, A. (1981). Addiction, passion et ordalie. In Bergeret J, ed. *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Paris : Dunod.
12. Charles-Nicolas, A., Valleur, M. (1982). Les conduites ordaliques. In Cirillo S., et al. (1997). *La famille du toxicomane*. Paris : ESF.

13. Charles-Nicolas, A. (1985). À propos des conduites ordaliques : une stratégie contre la psychose, *Topique*, 15 (35-36), 207-229.
14. Corman, L. (1961). *Le test du dessin de famille*, 6^e ed. Paris : PUF.
15. Derouiche, S. (2009). *Toxicomanie à la Buprénorphine haut dosage ou Subutex® en Tunisie*. Thèse de médecine non publiée, Université de Tunis El-Manar.
16. Dryfoos, J.G. (1990). *Adolescents at risk : prevalence and Prevention*. New York : Oxford University Press.
17. Gutton, P. (1986). Dépressivité et stratégies dépressives. *Adolescence*, 4 (2), 171-178.
18. Hawkins, J.D., Catalano, R.F. et Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood : implication for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 11291, 64-105.
19. Houston, K., Hawton, K., Shepperd, R. (2001). Suicide in young people aged 15-24, a psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorder*, 63, 159-170.
20. Hsairi, M., et al. (1993). Etiologic factors in primary branchial carcinome in Tunisia. *Tunis Med*, 71, 265-268.
21. Johnson, R.A., et al. (1995). Parental influence on deviant behavior in early adolescence : a logistic response analysis of age-and gender : differentiated effects. *Journal of Quantitative Criminology*, 11 (2), 167-193.
22. Khelifi, S. (2001). *Étude d'un cas*. Mémoire de DESPA de psychologie clinique non publié, Université de Tunis.
23. Khlif, H. (2009). *Trouble bipolaire et abus de substance*. Thèse de médecine non publiée, Université de Tunis El-Manar.
24. Lemoine, M. (1998). Le toxicomane ou la soumission obligée. *Le Journal des Psychologues*, 162, 26-27.
25. Maghrabi, S. (1984). *Étude du phénomène de l'usage du Hachich*. Beyrouth : Ratib Universitaire.
26. Marttunen, M.J., Aro, H.M., Henriksson, M.M., Lönnqvist, J.K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide : DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicide among 13 to 19 years old in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 48, 834-839.
27. Masson, J.M. (1985). *Les lettres complètes de Sigmund Freud à Wilhelm Fliess 1887-1904*, ed. et trans. J.M Masson. Cambridge, MA : Harvard University Press.
28. Mc Dougall, J. (1982). *Théâtres du Je*. Paris : Gallimard.
29. Miel, C. (2002a). L'identification projective dans la toxicomanie. *Évolution Psychiatrique*, 67, 326-36.
30. Morval, M. (1973). Le dessin de famille d'écoliers montréalais. *Revue de Psychologie Appliquée*, 23 (2), 67-89.
31. Mouelhi, L. (2009). *Évaluation des tempéraments affectifs en population générale : enquête auprès de 269 personnes dans le Grand Tunis*. Thèse de médecine non publiée, Université de Tunis El-Manar.
32. Murray, H.A. (1938). *Explorations in personality*. New York : Oxford University Press.
33. Nadeau, L., Biron, C. (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
34. Patterson, G.R. (1998). Continuities. A search for causal mechanisms : comment on the special section. *Developmental Psychology*, 34 (6), 1263-1268.
35. Petraitis, J., Flay, B.R., Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use : organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
36. Rausch de Traubenberg, N. (2000). *La pratique du Rorschach*. Paris : PUF.
37. Shentoub, V., et al. (1998). *Manuel d'utilisation du TAT : approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
38. Schepens, P. (2005). La science du cannabis. In Descamps L, Hayez C. *Génération cannabis*. Paris : L'Harmattan.
39. Shaffer, D., Gould, et al. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348.
40. Shafii, M., et al. (1988). Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 15, 227-233.
41. Timsit, M., Leduc, A. (1981). Identification d'un profil Rorschach limite dans les protocoles de cinquante usagers de drogues dures incarcérés. *Bulletin de la Société Française du Rorschach et des Méthodes Projectives*, 32, 33-58.
42. Trabelsi, I. (1998). *La toxicomanie aux opiacés : à propos de 39 cas hospitalisés*. Thèse de médecine non publiée, Université de Tunis El-Manar.
43. Tubman, J.G. (1993). Family risk factors, parental alcohol use, and problem behaviors among school-age children. *Family Relations*, 42 (1) 81-86.
44. Vitaro, F., Carbonneau, R. (2000). La prévention de la consommation abusive ou précoce de substances psychotropes chez les jeunes. In Vitaro, F., Ganon, C. (eds). *Prévention des problèmes d'adaptation*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
45. Winnicott, D.W. (1975b). *La crainte de l'effondrement*. In Figures du vide. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 11.

Abonnez-vous à *Perspectives Psy*

La revue à laquelle vous ne pouvez pas ne pas être abonné

Voir Bulletin d'abonnement page 54 de ce numéro