

**Date de réception:** 17/05/2021 **Date d'acceptation:** 14/09/2021

**Date de publication:** 11/10/2021

## **Toxicomanie substance addiction**

Nefidsa fatima<sup>1</sup>, Boutaani farid <sup>2</sup>

1 Université de Tamanrasset (Algérie), Dr.nfidsa.fatima@gmail.com

2 Université de Tamanrasset (Algérie), boutaani.farid@gmail.comE

### **Résumé:**

Le présent document de recherche traite de l'étude de la dépendance et de l'addiction à la drogue, de manière globale et intégrée, en tenant compte à la fois des explications psychologiques théoriques de ce phénomène social et psychologique, ainsi que du traitement du Manuel de diagnostic des troubles psychologiques (DSM) développé par la l'Association American, et définit d'abord les termes comme une première étape et traite du contexte historique, car il ouvre la voie, dans un proche avenir, une autre étude traite des psychothérapies soutenus par des travaux de terrain et cas faisant l'objet de ces psychothérapies.

**Mots clés** Addiction, Dépendance, Drogue, Toxicomanie, Conception.

### **Abstract:**

This research paper deals with the study of drug dependence and addiction, in a comprehensive and integrated manner, taking into account both theoretical psychological explanations of this social and psychological phenomenon, as well as the treatment of the drug. Diagnostic Manual of Psychological Disorders (DSM) developed by the American Association, and first defines the terms as a first step and deals

with the historical context, as it paves the way, in the near future another study deals with psychotherapies supported by field work and cases being the subject of these psychotherapies.

**Keywords:** Addiction, Dependence, Drug, Drug addiction, Conception.

---

**Auteur correspondant:** Nefidsa Fatima, [Dr.nfidsa.fatima@gmail.com](mailto:Dr.nfidsa.fatima@gmail.com)

## 1. INTRODUCTION

La toxicomanie c'est un phénomène qui est très complexe en matière de psychiatrie psychologie. Sociologie....et surtout en prise en charge ....

Il s'agit d'une habitude d'absorber des substances susceptible (toxique une substance nocive pour les organes vivants ) qui engendre un état de dépendance psychique ou physique . et dans le cas des personnes anxieuses.

L'individu pense que le produit ingéré diminue l'anxiété mais que le fait de savoir que cest de produit toxique l augmente. la croyance d'avoir consommé la drogue provoque de l'anxiété. Et le sujet essaye de protéger de manière anticipée : son estime de soi , l'image qu' il donne aux autre et son sentiment de compétence... Il finit par tombe dans le piège de la toxicomanie .

## 2. Mots clés.

1-Addiction : C'est la dépendance pathologique à un objet ou une situation donnant lieu à des comportements de mise en acte compulsif de cette dépendance, qui provoque du plaisir ou

un évitement du déplaisir.

2-Dépendance : il s'agit du lien entretenu par un sujet avec un objet, une situation ou un individu et dont la nature, à tort ou à raison est placée sous le signe du besoin, la dépendance peut être vitale (dépendance matérielle d'un enfant envers ses parents) ou problématique (dépendance à un fétiche pour se sentir bien).

3-Compulsion : la compulsion désigne une tension interne visant à réaliser une acte, et contre laquelle le sujet peut tenter de lutter, la non-réalisation de l'acte entraîne cependant de l'angoisse, l'impulsion désigne un comportement caractérisé par une absence de contrôle et une prise en conscience de l'acte a posteriori (Antoine Bio, 2008, p 210).

### **3. Historique.**

Elle s'est répandue mondialement depuis les fins des années60, d'après B. Shahandeh (B.I.T, Genève, 1985). Il y aurait 50 millions de consommateurs de drogues dans le monde, en France, le nombre des personnes interpellées pour usage de drogue ne cesse de croître : de 62 en 1965.

Il est passé à 26987 en 1987 et à 91048 en 1998 de décès du à l'abus de drogue s'est élevé de 1 en 1969 à 228 en 1997, les dépenses entraînées par l'accueil des toxicomanes et les soins qui leur sont dispensés sont élevées, en 1986 à 310 millions de francs (F. Facy et Coll, 1987). Les raisons de la toxicomanie sont multiples, crise de la société contemporaine conflit des générations, recherche d'une communauté fraternelle et de plaisir, été généralement, les toxicomanes ont un moi faible incapables de résoudre leur conflits, ils fuient le réel régressent au stade oral et recherche dans la drogue l'oubli de leur

problème le traitement de la toxicomanie consiste en un sevrage progressif, en milieu hospitalier, associé à la psychothérapie assuétude (Nobert Sillamy, 2004 : 269.270).

#### **4. Définition.**

C'est une appétence morbide manifestée par certains sujets pour des substances toxiques entraînant des effets nuisibles pour eux-mêmes et pour la société. Tous les produits psychoactifs susceptibles d'induire une dépendance chez ceux qui la consomment. Qu'il s'agisse de drogues dures telles que l'héroïne, ou stimulants psychique, comme le tabac, activent le système récompensant du cerveau en induisant l'augmentation de la quantité disponible d'un neuromédiateur, la dopamine, dans ce système.

La toxicomanie se manifeste par la tolérance de l'organisme, l'augmentation des doses, un besoin incoercible de la drogue, la dépendance de l'individu à l'égard de celle-ci et sa déchéance physique et mentale à plus au moins long terme. (Nobert Sillamy, 2004 : 270).

Plusieurs définitions ont été proposées pour le terme « toxicomanie » donnant lieu à un certain nombre de sous-définitions.

La toxicomanie, désigne une appétence anormale et prolongée pour des substances toxique, motivée par la recherche d'un plaisir (intoxication voluptuaire) ou d'un effet analgésique ou dynamique, ayant des conséquences psychiques, physiques et sociales. (J. Delmont et F. Lucht, 1995 : 268).

### **5. Approche de la toxicomanie**

#### **5.1. Définition**

Toxicomanie, désigne l'usage addictif de substances licites comme l'héroïne, par exemple) et qui entraînent une perturbation du champ de la conscience, de soi, de l'environnement, et du rapport entre un sujet et ses trois dimensions, l'usage de produits ne suffit pas à définir une toxicomanie, mais elle en est forcément le point de départ. « le glissement » d'un usage vers un processus addictif est un phénomène complexe, qui fait intervenir tant des données inhérentes au sujet que des données qui lui sont extérieures, en concernant ce dernier point, pour qu'il ait consommation addiction, il faut bien qu'il ait consommation, mais aussi dans une certaine mesure, qu'un climat ambiant-mode, pression de groupe, etc..., soit favorable à la mise en place de ses phénomènes (Antoine Biog, 2008 : 216).

### **5.2. La pharmacodépendance.**

Etat psychique et parfois aussi physique, résultant de la prise d'une drogue caractérisé par des réactions comportementales ou centre comprenant toujours un besoins compulsif à prendre une drogue, de façon continue ou périodique, afin d'en éprouver les effets psychiques et parfois de supprimer le malaise consécutif à son absence, il peut-on mon y avoir accoutumance, une personne peut être dépendante de plus d'une drogue (OMS 1975) (J. Delmont et F. Lucht, 1995 : 268).

### **5.3. La dépendance psychique.**

Etat mental caractérisé par une impulsion à prendre une drogue de façon périodique, ou continue dans le but d'en retirer un plaisir ou d'annuler une tension (synonyme : accoutumance).

En 1998, le professeur Barnard Roque (Pharmacologue) rend un rapport intitulé : Problèmes posés dans la dangerosité

d.es « drogues ». Notamment, ce rapport compare les différentes drogues (toxicité générale, dépendance physique...) Un critère d'appréciation relevé est le niveau de dépendance psychique que suscite chaque produit étudié : très forte pour l'héroïne, la cocaïne (par intermittence ; l'alcool, le tabac, forts pour les benzodiazépine; moyenne pour les psychostimulants faible pour le cannabis ; inconnue pour l'ecstasy, d'un point de vue psychologique, parler de dépendance psychique, d'un produit (et en faire un item analogue à la dépendance psychique) est une aberration. En effet, il parait difficile de dire qu'un produit induit en dois une dépendance psychique, puisque par nature, la dépendance psychique est la notion qui désigne l'investissement psychique qu'un sujet a avec un produit donné, autrement dit, cette notion fait intervenir en premier lieu des facteurs psychologiques (structure, traits de personnalité, histoire du sujet...) qui moins rien à voir avec les caractéristiques intrinsèque d'un produit donné, un sujet peut créer un lien de dépendance psychique très important au cannabis, un autre peut être dans une forme de dépendance psychique faible (ou nulle) à la cocaïne, s'il existe des critères de dépendance physique indéniable pour un produit donné, la dépendance psychique relève non de produit, lui-même, mais du sujet. (Antoine Bioy, 2008 : 216).

#### **5.4. La dépendance physique.**

Exigence de l'organisme concernant l'apport régulier d'une molécule chimique exogène, nécessaire pour le maintien de son équilibre, cette dépendance est objectivée par une symptomatologie bruyante survenant lors de la privation : syndrome d'abstinence ou syndrome de manque survenant lors du servage. (J. Delmont et F. Lucht, 1995 : 268).

### **5.5. La tolérance.**

Etat d'adaptation de l'organisme a une substance qui se manifestant par la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets (J.Demont et F. Lucht, 1995 : 268)

### **5.6. Le sevrage.**

Suppression d'un produit ou d'une drogue à l'origine d'un syndrome de manque (ou syndrome d'abstinence) lorsqu'il existe une dépendance biologique.

### **5.7. L'assuétude.**

Asservissement physique et psychologique à l'égard d'une drogue, avec tolérance accrue à des doses élevées et apparition d'un syndrome de sevrage biologique lors de l'arrêt. (J. Delmont, 1995 : 268).

## **6. Les nouvelles nosologies DSM distinguent.**

Les troubles mentaux organiques induits des substances toxiques :

-liés aux effets directes aigues ou chroniques sur le SNC (Système Nerveux Central).

-Survenant sous forme d'intoxication ou de syndrome de servage.

-des troubles accompagnants l'utilisation régulière de substances toxiques.

## **7. La personnalité sous-jacente et l'âge de la toxicomanie**

### **7.1. L'âge de la toxicomanie.**

Il existe une surreprésentation de la tranche d'âge 16-30 ans et un rapport hommes-femmes d'environ 3 (2 à 4 selon les enquêtes).

## **7.2. La personnalité sous-jacente.**

Il n'existe pas un type de personnalité toxicomaniaque. La toxicomanie est un trouble du comportement en rapport avec un trouble de la personnalité différentes structures psychopathologiques peuvent être observées.

**1. Psychopathie:** (ou déséquilibre psychique) : environ un tiers des poly toxicomanes, cette personnalité est caractérisée par : l'instabilité, l'impulsivité, une biographie faite de ruptures et passages à l'acte intégratifs, la délinquance, la carcéralité, le penchant vers la marginalité, le besoin impérieux de réalisation immédiate du désir.

**2. Structures psychotiques :** allant du sujet schizoïde introverti et bizarre au trouble schizophrénique typique : correspond à environ de 10% des toxicomanes.

**3. Structures névrotiques plus rares :** ces toxicomanies de délire tardif, plus souvent après 25 ans, correspondent environ 10% des toxicomanes, la toxicomanie rentre dans le cadre du syndrome dépressif avec douleur morale intense ou inhibition psychomotrice qui s'apaisent grâce aux toxiques opiacés, cannabiques ou psychostimulants. (J. Delmont, 1995 : 269).

**4. Structures toxicomaniaques :** Il s'agit de patients limites souvent déprimés constitutionnels aux antécédents à type d'angoisse dans l'enfance ou la préadolescence, des comportements de rejets ou de désintérêt de la part des parents,

avec toxicophilie (alcool, médicaments) de ces derniers (J. Delmont, 1995 : 269).

Grace a des études psychologique objectives qui ont permet de dégager un certain nombre de constantes concernant la personnalité des usagers de drogues dures telles que :

- La dépression avec dévalorisation narcissique.
- L'impulsivité latente ou manifeste.
- La faiblesse de Moi avec troubles de l'identification.
- La difficulté d'accéder à des relations amoureuses et sexuelles stables. (J. Delmont, 1995 : 269).

### **7.3. Les factures à risques :**

Il existe très souvent des antécédents familiaux et psychologiques, les plus fréquents sont :

- Dissociation du couple parental.
- Alcoolisme chez le père.
- Abus ou utilisation habituelle psychotropes chez la mère.
- Difficulté précoces d'adaptation (école buissonnière échecs scolaire, fugues, maladies, accidents).

D'une façon générale, le risque toxicomaniaque dépend de trois factures :

- L'exposition : certains milieux professionnels, certains milieux sociaux.
- La vulnérabilité, variée en fonction de facteurs génétiques biologiques et sociologiques.
- La toxicité de la drogue (et risque rapide de dépendance) (J. Delmont, 1995 : 270)

### **7.4. Les toxicomanies actuelles :**

- Les deux substances les plus utilisées sont le cannabis (drogue douce) et héroïne (drogue dure).

- Poly toxicomanies sont fréquent les institutions, on distingue :
- Les consommateurs occasionnels : utilisent principalement du cannabis (fumeurs « de joint » : haschich).
  - Absence de trait spécifique de la personnalité.
  - Importance de l'effet d'entraînement (camarades lycéens, lors de voyages, de soirées...).
  - Fréquence chez l'adolescent : moyen de transgression et recherche d'expériences nouvelles.
  - Les toxicomanes vrais (J. Delmond, 1995 : 270).

### **7.5. Postcure et réinsertion.**

### **7.6. Présentation :**

- Cette phase post-sevrage tient une place essentielle dans le projet thérapeutique. Elle doit permettre une démarche psychothérapique.
- Les difficultés de cette prise en charge sont liées à l'absence fréquente d'une réelle démarche à la personnalité sous-jacente (intolérance aux frustrations...) aux nombreux passages à l'acte, aux rechutes itératives. Il s'agit plus souvent de psychothérapies de groupes avec d'anciens drogués, que de thérapies individuelles.
- Des établissements spécialisés accueillent des toxicomanes sevrés et proposent des programmes visent à lutter contre la dépendance psychique (plus longue à reposer sur le volontariat. L'acceptation des règles de vie du groupe, et l'exclusion en cas de récurrence avec recours à la drogue.
- Réinsertion professionnelle ou sociale (familiales d'accueil).
- Dans certains cas une chimiothérapie au long cours peut s'avérer utile en particulier lors d'un syndrome déficitaire.
  - soit neuroleptique désinhibiteurs –Dogmatil 100 à 200 mg/j ou Prazimil 100 mg/j.

-soit antidépresseur psychotonique : Pertofran ou Vivalan. (J. Delmont, 1995 : 292).

### **7.7. Comment orienter la discussion étiologique**

Il n'existe pas un type de personnalité toxicomaniaque, la dépendance engendre des troubles du comportement avec délinquance en raison de la nécessité d'approvisionnement, une toxicomanie est un trouble du comportement en rapport avec un trouble grave de la personnalité, différentes structures psychopathologiques peuvent être observées.

-Déséquilibre psychique (ou psychopathie) caractérise par l'instabilité, l'impulsivité, une biographie marquée de ruptures et de passage à l'acte, la délinquance, la carcérale, les ruptures thymiques et émotionnelles, le penchant vers la marginalité ; la quête du nouveau, le besoin impérieux de réalisation immédiate du désir, ce profil psychologique correspondant à environ un tiers des poly toxicomanes.

-Structures psychotiques allant du sujet schizoïde introverti et bizarre au trouble schizophrénique authentique, les prises des produits toxicomanogènes permettent une sédation des angoisses dissociatives ou de dépersonnalisation, ceci correspondant à environ 10% des toxicomanes.

-Structures névrotiques plus rares, ces sujets sont souvent déprimés, avec une douleur morale intense ou une inhibition psychomotrice qui s'apaisent grâce aux toxiques opiacés, cannabis ou psychostimulants. (Henri Loô, 1992 : 67).

Ces toxicomanies de débet tardif, en général après 25 ans correspondent à environ 10% des toxicomanes.

-Structures à « toxicomaniaques », beaucoup plus

nombreuses, il s'agit de patients « limites » souvent déprimés constitutionnels chez qui on note des antécédents à type d'angoisse dans la préadolescence, des comportements de rejet ou de désintérêt de la part des parents, des abus alcoolomédicamenteux parentaux. (Henri Lôo, 1992 : 67).

## **8. Quelles complications psychiatriques redouter**

Les complications psychiatriques des toxicomanes sont multiples:

- Confusion mentale lors d'un accès de drogues surtout, mais aussi dans un contexte infectieux (VIH, toxoplasmose, abcès) ;
- Pharmaco psychose aiguë (type bouffée délirante) ou chronique (type délire d'allure schizophrénique) apparaissant préférentiellement lors d'intoxication aux produits stimulants ou hallucinogènes ;
- Troubles dépressifs fréquents : la désinsertion socio-affective entraînée par la drogue, les décès des compagnons d'infortune, les angoisses de l'approvisionnement quotidien favorisant fréquemment la survenue de décompensations dépressives ;
- Syndrome déficitaire des toxicomanes ou « amotival syndrome », après plusieurs années d'intoxications, asthénie, désintérêt progressif, aboulie confinent les toxicomanes dans un état d'apragmatisme, ce syndrome est masqué par l'intoxication et constitue ainsi un facteur de chronicisation pour de nombreux toxicomanes. (Henri Lôo, 1992 : 67).

## **9. Conceptions psychopathologiques des addictions.**

### **9.1. Modèle psychanalytique :**

Pour la plupart des autres d'obédience analytique (en dehors lacaniens). Les addictions sont Trans nosographique, il a

découle que les conduits addictives sont à relier, individuellement à la structure «de base» (névrose, perversion...) pour autant, il est admis que ses conduites possèdent des caractéristiques communes, comme la défaillance identitaire, l'acte addictif renverrait majoritairement une économie psychique particulière, plus qu'à un symptôme au sens strict du terme puisqu'il s'agit d'un acte et non d'une formation de l'inconscient, Joyce Mc Dougall, quand a elle, résumé la chose en parlant d'acte symptôme pour faire précisément une différence avec le statut du symptôme en psychanalyse. (Antoine Bioy, 2008 : 223).

## **9.2. Apport de Joyce Mc Dougall :**

On doit à cet auteur d'avoir réintroduit en France le terme d'addiction avec le sens qu'on lui connaît actuellement, mais aussi d'avoir proposé la première théorie générale des addictions dans le champ psychanalytique.

Elle postule que les addictions permettent aux sujets de se défendre d'une incapacité à tolérer la douleur psychique (douleur qui renvoie à la fragilité des repères narcissiques et identificatoires. Par ailleurs, les addictions permettent de restituer quelque chose de l'ordre d'un espace transitionnel défailent.

La perspective de Mc Dougall est donc de donner une fonction positive aux comportements addictifs, ils viennent restaurer quelque chose de l'ordre d'un manqué dans le développement psychique, notamment identitaire d'un sujet.

Egalement, Mc Dougall établit un lien entre comportement addictifs et faits psychosomatiques, ils relèvent en effet tous deux de l'agir, permettent de mettre à distance des

représentations difficiles (source d'angoisse) et organisent une évacuation de l'affect (ressenti comme dangereux du fait des défaillances l'organisation du mois) (Antoine Bioy, 2008 : 224).

### **9.3. Model cognitivo-comportemental :**

#### **9.3.1. Dimension comportementale :**

Il n'existe pas vraiment dans cette approche de conception globale du fonctionnement addictif, mais on reste dans une compréhension de l'addiction comme quelque chose de l'ordre de la contrainte, ici comprise selon la théorie des apprentissages et du conditionnement opérant au moins pour ce qui concerne la prise de produit, le moment de la réalisation de l'addiction. Dans ce modèle, les effets de la prise du produit (ou les effets du comportement addictif) vont progressivement devenue la cause des conduites addictives (par renforcement positif) ; Les néfastes de la consommation du produit ou des comportements tentant d'être annulés ou compensés par un appel accru aux mêmes comportements. (Antoine Bioy, 2008 : 225).

#### **9.3.2. Dimension cognitive :**

Cette dimension intervient également dans le moment de consommation du sujet, mais est surtout présente dans la phase de préparation du comportement. L'analyse fonctionnelle des troubles addictifs permet de déterminer les différents éléments qui interviennent, type et traits de personnalité, situations déclenchantes, modérateurs, de comportement, stratégies d'adaptation prévalent, etc.

Certains éléments prépondérants sont ici mis au jour, qui relèvent soit d'un état (ascite, faible estime de soi, assertivité basse, impulsivité, anhédonie...), soit d'un trait (personnalité

antisociale, repentante...) Il s'agit d'autant de facteurs de fragilisation qui favorisent l'apparition d'un comportement addictif ou empêchent de l'inhiber, il s'agit de les relever et d'étudier leur interactions en lien avec les facteurs déclenchants pour expliquer les besoins ressentis par le sujet (reprendre confiance en soi, besoin d'agir ou besoin de contrôle, etc...) et qui se trouvent au moins initialement réalisés par le comportement addictif.

Cependant, aucun de ces éléments n'explique en soi l'addiction, mais leur analyse permet de dégager la façon dont le sujet traite les informations, donnant accès aux structures cognitives sous-jacentes susceptible de déclencher un comportement addictif, ou inopérant pour les inhiber. (Antoine Bioy, 2008 : 225).

## **10. CONCLUSION.**

Après avoir aborder les différents définitions de concept de la toxicomanie, et les différents facteurs qui déterminent le concept, on a cité les grandes et importantes théories qui ont étudié ce sujet profondément et à la fin on a cité les techniques thérapeutiques les plus fréquentes dans l'établissement de santé, et le plus important à constater, c'est qu'on a en face d'une personnalité très fragile, très délicate et très dangereuse, et autant que spécialité il faut être très prudent et très vigilant pour qu'on puisse être efficace.

## 11. Bibliographie

Antoine Bioy. « Psychologie clinique et psychopathologie » Edition Marie laure davezac-Duhem- dunod Paris 2008.

Henri Lôo, Jean pierre olié. « Cas clinique en psychiatrie » Médecine-science flammation 75006 Paris 1992.

J. Delmont et F. Lucht : « Guide pratique de Psychiatrie ». Berti Edition. Alger. 1995.

Laquielle X. Perron J.L « Drogues complications psychiatriques » Rev Part (Paris) 1991.

Nobert Sillamy. « Dictionnaire Psychologie » Bussiere comesan imprimerie groupe C.P.T en Juin 2004. France.