

IMMIGRATION MAGHREBINE et TOXICOMANIE (S)

AVATARS de L'ORALITE

Une Toxicomanie Maghrébine ?

En 1975, dans "La sexualité en Islam", Abdelwahab BOUDHIBA affirmait à propos de la culture arabo-musulmane – toutefois sans référence explicite à l'oralité – qu'on avait souvent fait la relation entre la fixation à l'imgo maternelle et la toxicomanie. (BOUDHIBA, 1975) Affirmation reprise d'une certaine façon par Francis CURTET en 1984, au congrès de l'ANIT (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie) à Nantes, dans une communication co-signée par Sylvie LE POULICHET, intitulée " la toxicomanie des Maghrébins". Il se fondait sur l'observation d'une surreprésentation (20%) des patients issus de l'immigration maghrébine dans la file active de son association "Le trait d'union" et sur ce qu'ils se distinguaient sur plusieurs points des toxicomanes autochtones. Il énumérait ainsi :

- la prédominance des garçons (mais ce facteur, retrouvé dans toutes les files actives de toxicomanes, quelle que soit leur origine ethnique, n'est pas discriminant)
- un âge moyen et un âge de début de la toxicomanie moins élevé
- un début de l'addiction par l'alcool et non par le cannabis. Le Dr CURTET considérait que ce dernier était "tellement intégré dans la culture ancestrale qu'il ne présentait pas le caractère transgressif que lui trouvent les Français de souche".
- Une fréquence des incarcérations, rapportée à "une tendance certaine à la délinquance".
- Un contexte socio-économique défavorisé.
- Une carence de communication et une absence d'image identificatoire forte plutôt qu'une carence affective. Il notait à ce propos que les familles de ses clients étaient, dans l'ensemble, unies et chaleureuses.

Francis CURTET énonçait enfin que l'analyse de ces données lui paraissait renvoyer à une double problématique :

- celle de l'acculturation antagoniste, qu'il assimilait à une situation de communication paradoxale.
- Celle d'une structuration de l'identité marquée par l'appartenance culturelle parentale, renvoyant à une prévalence de l'oralité, à une relation privilégiée et fusionnelle avec la mère, et à la défaillance de l'image paternelle.

Cet ensemble définissait, d'après lui, une toxicomanie ^{phile} spécifique renforcée par la confrontation de la culture parentale transmise à la déstructuration des cadres et valeurs traditionnels provoquée par l'immigration.

Les thèses énoncées dans cette communication ont rapidement provoqué quelques remous et une réponse critique de Mohamed Karim ABOUB, psychologue et intervenant en toxicomanie, figurait dans le même numéro de la revue de l'ANIT :

" Tout le développement sur la nature du conflit familial n'est-il vrai que des Maghrébins ? Par exemple, le rôle du père ou la relation fusionnelle avec la mère sont-ils le fait seulement des Maghrébins toxicomanes ?... En quoi les particularités citées peuvent-elles témoigner d'une spécificité, "structurelle" ou non, comme les auteurs l'affirment ? Que leurs arguments concernant le déracinement, l'espace culturel, soient vrais pour leurs parents, ils apparaissent par contre moins évidents chez les jeunes nés en France et pour lesquels est appliqué le fait que la "drogue" prend une fonction encore plus importante du fait du déracinement... En 1984, on redécouvre un relativisme culturel qui a été opérant et opératoire devant la colonisation et qui a, de tous temps, fonctionné comme faire-valoir des positions idéologiques, assez maladroites ici concernant cet article, mais souvent moins avouables dans d'autres circonstances" (ABBOUB, 1984).

En dernière analyse, l'auteur affirme que les soi-disant spécificités culturelles mises en avant par le Dr CURTET, n'ont en réalité rien de spécifique et qu'aucun argument solide ne permet d'affirmer l'existence d'une structuration particulière de l'inconscient.

Ici, la référence au relativisme culturel et au colonialisme faite par Karim ABOUB me semble renvoyer directement à la structuration entre les deux guerres mondiales, dans la littérature "scientifique", d'une représentation péjorative de "l'indigène nord-africain" élaborée en particulier par Antoine POROT et l'école psychiatrique d'Alger, dont j'ai tenté naguère de retracer la genèse et l'histoire (BERTHELIER, 1998). Violamment et pertinemment attaquée par Frantz FANON (FANON, 1961), cette thèse met au compte exclusif de la culture – en corrélation à une configuration particulière du système nerveux central responsable du "primitivisme" – le symptôme et l'identité. Elle préfigure jusqu'à un certain point le culturalisme d'un Tobie NATHAN transformant le culturel en cultuel et en faisant l'unique cadre pertinent en terme d'étiologie comme de thérapeutique (NATHAN. 1991 – 1994).

De la séduction au rejet.

Pour ma part, autant l'avouer sans ambages, l'argumentation de Francis CURTET m'avait plutôt séduit dans un 1^{er} temps, pour plusieurs raisons :

- la plus importante, sans doute, concernait les références à l'oralité et à la relation privilégiée avec la mère. Je me flatte en effet – à tort ou à raison – d'avoir le 1^{er}, dans un texte écrit en 1968, évoqué la fixation sur un mode oral à la mère dans l'évolution de l'enfant maghrébin (BERTHELIER, 1970). Mon texte se référait à mon expérience auprès d'une population algérienne transplantée – dans des conditions, il est vrai, un peu particulières, puisqu'il s'agissait des ex-harkis de l'armée française en Algérie -. Christiane BONNET, vers la même époque, avait retrouvé des éléments similaires dans la culture traditionnelle au Maroc (BONNET, 1970). Cette notion a ressurgi ultérieurement dans bon nombre de travaux, en particulier les études très pénétrantes d'Abdesslam DACHMI (DACHMI. 1995 – 2000).
- Par ailleurs, la relation entre oralité et addiction est attestée dans de nombreux écrits psychanalytiques, tels ceux de Philippe GUTTON (1984) ou André GREEN (1993). L'incorporation de l'objet perdu devient le seul mode de réparation narcissique. Ce mode d'intériorisation de l'objet, caractéristique du stade oral, est évident dans ces modes de consommation que sont l'ingestion (alcool) ou l'inhalation (crack,

cannabis...), déplacé dans le cas de l'injection où l'orifice créé par l'aiguille réalise une néo-bouche, l'action du produit représentant une façon régressive de vouloir retrouver l'objet primaire des débuts de la vie, lorsque les relations entre mère et nourrisson étaient celles de l'attachement (PIRLOT, 2009).

- D'autre part, je retrouvais dans la population des toxicomanes suivis à ma consultation la même surreprésentation de jeunes issus de l'immigration maghrébine, soit 20%.
- Enfin, ce qu'avancait CURTET me paraissait renvoyer largement aux modifications bien connues des structures familiales en situation d'immigration, telles que les expose Abdesslam YAYAHOU (1992) ou HAMZA (1995).

Cette bonne opinion primitive s'effrita toutefois quelque peu lorsque vint le temps de la réflexion.

Déjà, il était possible d'affirmer que les traits identitaires d'origine culturelle mis en avant par Francis CURTET n'étaient nullement spécifiques du Maghreb, non plus que de la culture arabo-berbère qu'ils débordaient largement. Ils étaient en fait communs à la totalité de l'aire culturelle méditerranéenne et, au-delà, à ce que l'anthropologue Germaine TILLION a dénommé "la république des cousins", qu'elle définit ainsi :

"La société historique (la nôtre) est appelée dans ce livre République des cousins. Elle vénère en effet sa parenté du côté paternel et correspond à une région vaste et homogène : Tout l'Ancien Monde, qui s'étire et s'étale de Gibraltar au Japon, sur une surface d'un seul tenant, avec un épicycle bien caractéristique, le Levant méditerranéen. Elle pratique l'endogamie et le cousin-frère est un cousin mari...
.... Ailleurs, les sociétés sont exogames : ce sont précisément toutes les femmes du village ou du groupe de tentes où le garçon a été élevé auxquelles il ne doit pas toucher... Et c'est "à l'étranger" qu'il existe un autre village, un autre groupe de tentes où il doit prendre sa femme et où, parfois, il lui faut aller s'installer pour tout le reste de la vie... Une solidarité mutuelle unit souvent ce garçon avec les frères ou les cousins de sa femme et avec les maris de ses sœurs ; c'est pourquoi on peut se permettre d'appeler ce type de société la République des beaux-frères". (TILLION, 1966).

Au reste, des textes comme ceux de Dominique FERNANDEZ sur la mamma italienne (FERNANDEZ, 1969 – 1986), Sébastien GIUDICELLI (1978) ou Bernard LAROCHE (1983) sur la Corse, montrent à l'évidence l'unité culturelle profonde, transcendant les clivages religieux, du bassin méditerranéen.

- Dans pratiquement tous les pays d'origine des migrants, les cultures traditionnelles changent en raison de l'irruption des modèles occidentaux largement véhiculés par les médias.

La colonisation, déjà, avait vu commencer cette évolution. Pierre BOURDIEU, ainsi, notait à propos de l'Algérie, pendant la guerre d'indépendance, l'apparition de processus d'individualisation : "un exemple : l'émergence de l'individu, arraché aux unités familiale et tribale, est liée à la désagrégation de la famille et de la tribu, elle-même inséparable de l'évolution générale de la société algérienne ; du salariat et aux impératifs de l'économie moderne ; à l'affaiblissement du système de valeurs traditionnelles déterminé par le contact avec le système de valeurs occidental ; à la scolarisation et au conflit de générations ; à l'émigration et à l'urbanisation ; au statut nouveau de la propriété, etc." (BOURDIEU, 2008). Des observations similaires

peuvent probablement être produites en ce qui concerne le Maroc et la Tunisie, même si le processus colonial y a été moins violent.

Autrement dit, l'acculturation commence avant même la migration, faisant les immigrés porteurs d'une identité culturelle déjà modifiée. La montée des tentatives de suicide, modèle d'inconduite occidentale, en témoigne par exemple au Maghreb.

- Georges DEVEREUX, fondateur de l'ethnopsychiatrie moderne, affirmait la formation d'une néo-identité culturelle métisse chez l'immigré (DEVEREUX, 1970). Ce qui pose une question : qu'est-il en réalité transmis par les parents de leur "culture d'origine".
- Presque tous les jeunes issus de familles maghrébines auxquels j'ai – ou j'ai eu – affaire sont nés, ont été élevés et scolarisés en France : quelle est alors leur "culture d'origine" ? Le questionnement de Karim ABOUB concernant la pertinence du placage, sur cette génération issue de l'immigration, de schémas concernant la seule culture parentale n'est-il pas, dès lors, fondé ?
- Je rappellerai enfin que la plupart des études sérieuses récentes relatives aux pathologies psychiatriques présentées par les migrants montrent qu'elles sont superposables à celles de tous les milieux socio-économiques défavorisés de notre société : pathologies de la misère, de la pauvreté, de la précarité, retrouvées quelles que soient les origines ethniques, elles ne reconnaissent aucune spécificité culturelle mais sont en relation directe avec les changements et les difficultés ou conflits qu'ils entraînent.

Les leçons de la clinique

A partir de ces éléments, je voudrais me démarquer des affirmations du Dr CURTET pour dire que je ne crois plus guère à l'existence de singularités culturelles pouvant rendre compte de la toxicomanie. Le temps me manque pour rapporter quelques observations démonstratives mais je peux attester, au nom de ma pratique, que les caractéristiques mises en avant par CURTET n'ont rien de spécifiquement maghrébin. Il en va ainsi de l'abandonnisme, de la relation privilégiée et fusionnelle avec la mère, de l'absence ou l'insuffisance de la figure paternelle – présents dans la quasi-totalité des histoires de mes patients, mais aussi des autres "spécificités" avancées :

- le contexte socioprofessionnel défavorisé (chômage, précarité des ressources et de l'insertion, échecs scolaires, sociaux, personnels ou familiaux, famille en souffrance, etc.) se retrouve dans pratiquement toutes les biographies de mes patients, quelle que soit leur origine ethnique ou culturelle.
- La "surreprésentation maghrébine" est des plus discutable : la cartographie du recrutement de ma consultation montre que ces sujets – jeunes ou non – viennent à peu près tous de cités ou quartiers de banlieue défavorisées dont la population est majoritairement maghrébine. En d'autres termes, ils ne font que témoigner de la composition sociale et démographique de leur lieu de vie.
- Je n'ai pas retrouvé la notion d'entrée dans la toxicomanie par l'alcool plutôt que par le cannabis. Les jeunes toxicomanes issus de familles maghrébines que je rencontre ont en réalité les mêmes modes d'entrée dans la toxicomanie et de consommation des produits que les autres membres de leur classe d'âge dans le milieu auquel ils appartiennent. Constat corroboré par Camille JUNG, de Migration Santé Alsace : "les jeunes qui ont immigré dans leur enfance ont des modes d'administration peu différents de ceux utilisés par les jeunes autochtones" (JUNG, 2002,2004). J'ajouterai

que cela est encore plus vrai pour ceux – la majorité – qui sont nés en France, ce que montrent bien, à mon sens, les études épidémiologiques selon lesquelles la consommation de produits – essentiellement alcool et cannabis – commence de plus en plus tôt et plus de 50% des moins de 16 ans, toutes origines confondues, ont consommé ou consomment du cannabis.

- Enfin la "tendance certaine à la délinquance", assertion pour le moins hasardeuse, me semble renvoyer :
 - d'une part, à un stéréotype persistant de la représentation des Maghrébins, directement issu de la littérature "scientifique" coloniale (BERTHELIER, 1994)
 - d'autre part à la donnée bien connue selon laquelle le traitement d'un délit n'est pas forcément le même selon qu'on est ou non européen.

Le Dr ODDOU, un psychiatre lyonnais, a très clairement exprimé cela : "les seuls éléments qui peuvent faire différence ne renvoient pas à l'origine ethnique, mais aux traitements que proposent l'institution médico-légale et l'institution judiciaire. Il apparaît nettement une intentionnalité avec l'application des cadres disponibles, tant dans le registre répressif (en particulier plus de séjours carcéraux) que dans le registre médico-social (en particulier plus de psychiatrie des troubles du comportement). S'il y a une différence, c'est seulement dans les modalités culturelles d'expression de la souffrance" (ODDOU, 1997). Autrement dit, le problème est celui d'une discrimination en fonction de l'origine ethnique, pas celui de caractéristiques culturelles, d'un délit de faciès et de noms.

Du côté de la socio anthropologie.

Tous comptes faits, il me semble qu'il ne reste finalement pas grand-chose des affirmations de Francis CURTET. A cela près, quand même, que tout cela renvoie à l'oralité et à l'introjection constante du bon objet maternel, qu'il s'agisse de Maghrébins ou d'Européens. Il en va ainsi par exemple de Silvio – seul cadre supérieur jamais fourvoyé dans ma consultation de service public ! – expliquant que la drogue était sa "corde", exprimant par là qu'elle fonctionnait comme substitut d'une mère incomparable et irremplaçable, malheureusement restée dans son Italie natale. Ou encore François, Français "de souche" – comme on dit de nos jours dans les médias – qui, affirmant "je me pique donc j'existe", situe clairement le produit comme équivalent du biberon perdu...

Passons. L'important, à mon sens, est dans ce constat : l'usage de drogues – la toxicomanie, puisqu'il faut l'appeler par son nom – déborde très largement le cadre restreint d'une référence à la culture maghrébine, et ce d'autant qu'il est patent qu'il s'agit aujourd'hui d'un phénomène devenu planétaire, donc inter ou transculturel. D'où cette question : dans quoi s'origine cette résurgence, désormais mondiale, de la pulsion orale ? Il convient peut-être, sur ce point, d'interroger la socio-anthropologie.

En effet, bon nombre d'anthropologues se sont de longue date intéressés à la consommation de drogues psycho actives dans les différents types de sociétés, traditionnelles ou non, estimant à tort ou à raison que leurs problématiques pouvaient aider à comprendre l'essor des toxicomanies dans notre culture occidentale. H.B. M. MURPHY (1987) écrivait à ce propos :

- "bien qu'il soit généralement admis que la toxicomanie résulte de la rencontre entre la possibilité de se procurer de la drogue et une attirance personnelle" – ce que le regretté Claude OLIVENSTEIN énonçait sous forme aphoristique : la toxicomanie naît de la rencontre entre un produit, un individu et un moment socio-culturel (autrement dit un environnement) – "il existe de nombreuses sociétés dans lesquelles les drogues sont disponibles et dont les membres sont ni plus ni moins équilibrés qu'ailleurs, mais dans lesquelles l'abus des drogues présentes sur le marché est rare..."

Les facteurs socio-culturels doivent donc être considérés comme jouant un rôle important dans la répartition mondiale de l'usage et de l'abus des drogues et, parmi les variables repérables, celles d'essence culturelle sont probablement plus importantes que celles purement sociales".

J'annonce immédiatement que nous aurons à revenir sur cette dernière affirmation. Quoiqu'il en soit, un certain nombre de données semblent pouvoir être considérées comme acquises en la matière, résumées en 1978 par M.F. ELLENBERGER dans l'encyclopédie médico-chirurgicale, section psychiatrie. Elles concernent essentiellement le but recherché à travers la consommation du produit et le choix de celui-ci.

1° - la plupart des toxicomanies actuelles ont une origine ancienne et ont d'abord été des moyens utilisés pour obtenir soit une "intoxication religieuse" chez les peuples naguère prétendus primitifs (Kawa, haschich, peyotl, boissons fermentées, tabac même dans une secte brésilienne), soit des "ivresses divines" chez les peuples indo-européens. Il en va ainsi, par exemple :

- du peyotl dans la religion qui porte son nom chez des Indiens nord-américains. Il est employé comme produit sacré et son principe actif – la mescaline, drogue hallucinogène – est censé procurer une expérience communautaire et religieuse d'où l'on sort spirituellement édifié. L'important est que la drogue n'est pas consommée de façon habituelle en dehors de la cérémonie rituelle et que, son utilisation est étroitement contrôlée par les shamans de la tribu.
- Mais aussi, classiquement, au Proche-Orient, du cannabis chez les "haschischins", adeptes nizârites de la secte des Ismaéliens en Syrie. L'histoire plus ou moins légendaire du "Vieux de la montagne" a permis à l'orientaliste Sylvestre de SACY, au XIXème siècle, d'en faire l'étymologie du mot "assassin" et de le transformer en herbe du crime, alors que son usage premier était de l'ordre du sacré. Au XVème siècle, le Cheikh Soufi HAIDER en fera une drogue réservée aux fakirs et considérée comme une faveur divine : "les vertus de cette plante dissiperont les soucis qui obscurcissent vos âmes et dégageront vos esprits de tout ce qui peut en ternir l'éclat". (cité par HAMZA, 1995). Le cannabis sera répandu dans le monde musulman au niveau de confréries qui en feront usage, dans un but religieux ou thérapeutique, pour accélérer les états extatiques et produire la transe : c'est ainsi qu'en Turquie, les derviches tourneurs absorbent, avant la répétition des noms divins, un mélange de haschich et de yaourt.

Ce qui apparaît ici, au 1^{er} chef, est l'usage religieux et limité initial de bon nombre de drogues, renvoyant à ce que la religion apparaît – selon une expression utilisée par Gérard POMMIER – comme "une machine à ordonner la jouissance". Toutefois, la majorité des produits se sont laïcisés, passant dans le domaine des habitudes sociales, souvent utilisés pour "soulager la misère et la faim et rendre la vie un peu moins intolérable (ELLENBERGER, 1978). Il en va ainsi de la mastication de la feuille de coca au Pérou ou en Bolivie.

2° - les facteurs culturels se rapportant aux croyances et aux rites associés à la consommation de ces produits, renvoient aux mythes de la culture d'appartenance et l'action du toxique semble dépendre de facteurs aussi divers que le style de consommation ou même, dans certains cas, un effet placebo qui rend souvent difficile de distinguer, dans les effets cliniques, ce qui revient à une autosuggestion collective dictée par les croyances.

3° - le choix du toxique est en général représenté par la drogue la plus facile à se procurer, celle qui est présente sur le marché, même si la question de l'adoption d'un produit de préférence à d'autres se pose dans certains groupes ethniques et culturels. G.M. CARSTAIRS (1954) cite ainsi l'exemple de 2 castes coexistant dans un village du Nord de l'Inde : alors que les Brahmanes, en tête de la hiérarchie spirituelle, s'enivrent souvent avec le bhang – infusion de chanvre procurant une ivresse considérée comme une aide à la méditation solitaire prescrite par la religion -, les Rajputs, guerriers et propriétaires fonciers, consomment le Daru – liqueur fortement alcoolisée soulageant leur anxiété et représentant un abréactif bienvenu -.

Dans l'ensemble, cependant, chaque population utilise simplement la drogue qui lui est la plus familière : ce fut l'opium en Chine – largement répandue par l'Inde, pays producteur, alors possession britannique -, c'est le Khat au Yémen, le kif au Maroc, l'alcool en France – auquel on pourrait sans doute ajouter aujourd'hui le cannabis -, etc.

Toutefois, le type de consommation strictement codifié de substances psychoactives dans les sociétés traditionnelles ne correspond pas à une toxicomanie : on sait par exemple que, seule, une très faible proportion des utilisateurs indiens de la feuille de coca en Amérique du Sud, deviennent des "coqueros", développant une authentique dépendance du toxique.

On pourrait ajouter que, chez nous, les cancéreux porteurs d'une pompe à morphine dans un but antalgique n'évoluent pratiquement jamais vers une addiction aux opiacés. On est ici, à l'évidence, dans le domaine de l'usage simple, non dans celui du nocif ou de l'abusif : il s'agit de rechercher un soulagement, pas la "défonce".

C'est donc hors de ces processus de consommation limités et ritualisés des sociétés – traditionnelles ou non – qu'il faut rechercher les facteurs favorisant des toxicomanies d'aujourd'hui, avec leur caractère massif et planétaire. H.B. MURPHY (1987) en cite quelques-uns :

- globalement, la consommation de drogues est plus fréquente dans les sociétés ou cultures valorisant l'individu aux dépens des valeurs groupales, où tout facteur réduisant la cohésion sociale favorise l'émergence des conduites addictives. C'est me semble-t-il, ce que vivent aujourd'hui les sociétés industrielles ou en voie d'industrialisation dans le contexte politico socio-économique actuel. Christian BACHMANN et Anne COPPEL (1989) notent ainsi qu'une authentique religion révolutionnaire s'est un temps, édifiée autour du cannabis mais que "le culte est mort et l'emploi, désormais laïque, est conforme à une société où prévalent le pragmatisme, l'individualisme et l'esprit d'entreprise".
- Les situations de dominance interethniques ou internationales font augmenter de façon spectaculaire, dans la société dominée, la consommation de drogues, et en particulier d'alcool. Cela perdure jusqu'à ce que le groupe ait pu s'adapter – au moins relativement – à la nouvelle situation, soit en intégrant certaines caractéristiques de la nation dominante, soit en modifiant son système de valeurs : entre-temps, les membres de la culture dominée ont recours à une échappatoire leur permettant de ne pas se rendre à une évidence pénible. Cependant "ce seront les caractéristiques de la tradition culturelle locale qui pourront déterminer s'il y aura ou non un recours à la drogue, même s'il existe un problème général de déstabilisation ou une confrontation avec une puissance dominante" (HAMZA, 1995).
Un exemple très actuel et presque caricatural est représenté par la flambée des toxicomanies à l'héroïne – supplantant la consommation traditionnelle de cannabis – en Palestine. Les personnes et les familles s'y trouvent confrontées à la fois à un affrontement avec Israël – nation technologiquement, économiquement et politiquement dominante -, et à la situation socio-économique catastrophique qui en

découle. Les deux facteurs se conjuguent pour faire le lit, via la déculturation et la marginalisation croissantes, d'une part sans cesse plus importante de la population, de la toxicomanie. (BERTHELIER, 2001).

- l'évolution technologique et son retentissement croissant sur l'emploi sont un exemple de la relation entre usage de drogues et changement culturel. Si l'absence de travail entraîne la perte des satisfactions que la culture nous a appris à rechercher, et si les drogues nous offrent une compensation illusoire, le risque est patent que les couches les plus éprouvées de la société se tournent vers elles.

Exemples :

- au XIX^{ème} siècle, l'épidémie de toxicomanies au laudanum dans la Grande-Bretagne en cours d'industrialisation et de prolétarianisation, évoquée dans l'ouvrage de BACHMANN et COPPEL (19....).
- au Canada, la flambée de l'alcoolisme dans les localités dont l'économie reposait sur une industrie unique venant à disparaître.
- De manière générale, la montée des addictions – aux produits licites aussi bien qu'illicites – avec celles du chômage et de la précarité en Europe occidentale et orientale.

Il est à signaler que même des changements pouvant être tenus pour bénéfiques sont susceptibles d'avoir le même effet. C'est ainsi qu'en Jamaïque, la poussée récente de la cocaïne paraît être au moins en partie liée au succès de la musique reggae qui a offert à toute une partie de la population une chance de succès et de carrière internationale. Mais, en contrepartie, la prolifération des groupes musicaux et la compétition entre eux pour l'obtention des contrats, la dépense psychologique et physique des représentations, ont conduit à l'utilisation de cette drogue psychoactive stimulante (cité par HAMZA, 1995).

Au total :

- dans les cultures traditionnelles, la consommation de drogues est limitée et ritualisée, intégrée à un système de valeurs (morales, religieuses, sociales...) et, très souvent, considérée comme facilitant la sociabilité. Mais il s'agit d'usage de drogues, pas de toxicomanies.
- Cependant, l'évolution technologique, l'existence de situations de dominance politique et /ou socio-économique, la prolétarianisation, le chômage et, plus globalement, tout ce qui contribue à fragiliser ou déchirer le tissu social, précarisant ou déniait les normes et valeurs traditionnelles, favorise les conduites d'addictions.

Et l'ethnopsychiatrie dans tout ça ?

Certes, en notre temps de libéralisation galopante et de mondialisation très modérément heureuse, des situations de ce type sont courantes et touchent l'ensemble de la planète, faisant des toxicomanies un phénomène largement inter ou transculturel. D'autant que les formidables flux financiers mobilisés par le trafic des drogues - actuellement estimé à 243 milliards d'euros annuels - comme les économies parallèles qu'il génère en certains lieux, jouent un rôle non négligeable dans ce processus. Il ne saurait non plus être question de nier que ce facteur très objectif qu'est la faim dans le monde ne peut que favoriser l'oralité, non plus que la pertinence du modèle neurobiologique et de la mise en jeu du "circuit de la récompense" dans la survenue des dépendances.

Ici, les données socio anthropologiques et anatomophysiologiques semblent bien fournir des explications assez satisfaisantes, dans une sorte de prêt-à-porter conceptuel plutôt reposant

pour l'esprit. Ce qui pose une question "incontournable" : y a-t-il, dans ces conditions, encore une place pour l'ethnopsychiatrie ou l'anthropologie culturelle ?

Revenons donc à nos moutons premiers, c'est-à-dire aux jeunes toxicomanes issus de l'immigration maghrébine.

Pour autant qu'il soit difficile – voire impossible – de reconnaître une spécificité à leurs conduites addictives, il ne faut cependant pas jeter le bébé ethno psychiatrique avec l'eau du bain, non plus que nier le traumatisme représenté par la transplantation, sinon pour ces sujets, du moins pour leurs familles. Saadia YAKOUB, psychologue à la maison d'arrêt de la Santé, a abordé ce thème à propos de toxicomanes maghrébins incarcérés : "ils se sont trouvés dans l'obligation de remanier, au sein d'un difficile processus de désadaptation / réadaptation, leurs normes et valeurs culturelles. D'où, chez certains, la mise en place de diverses stratégies défensives d'intégration : les conduites alcooliques dépendantes de certains pères immigrés soulignent ce processus paradoxal d'adaptation" (YAKOUB, 1994).

L'auteur définit à ce propos 3 types de toxicomanies :

- une dite "d'anomie", pour des sujets souvent doublement déviants, dans le pays d'origine et celui d'accueil. Il s'agit de "certains patients qui se sont trouvés confrontés aux effets psychopathologiques de la transplantation (ce qui vaut au demeurant pour les patients français Antillais, nés en outre-mer, ayant "émigré" en métropole) et dont les conduites peuvent être comprises en terme de toxicomanie "d'anomie", la situation migratoire facilitant l'agir faute de censure et de régulation ethnique.
- Une addiction dite "d'acculturation", "pour des sujets qui ne consommaient aucun produit dans leur pays, l'usage prenant alors valeur de stratégies faussées d'adaptation".
- Enfin, une toxicomanie "de défense" ou "de refuge", de par la précarité de leurs conditions de vie, l'échec de leur immigration, la perte de l'étayage du cadre d'origine, signifiant affectif". L'addiction signe alors l'échec de l'intégration. (YAKOUB, 1994 – 2004).

Par ailleurs, le mode de consommation du produit semble parfois déterminé par des "patterns" du pays d'origine. Chez les patients de Saadia YAKOUB, l'héroïne est préférentiellement fumée et / ou sniffée, "en lien à la culture car chiquer, priser, fumer, sont des pratiques de consommation dans le pays du Maghreb, d'Afrique, d'Asie..." Il est ainsi patent qu'en Palestine, jusqu'à une date récente, l'héroïne était le plus souvent inhalée, rarement injectée, ce mode d'administration ne faisant pas partie des modèles culturels.

Il y aurait donc, chez les toxicomanes maghrébins incarcérés comme chez les Palestiniens, des facteurs liés à la culture d'origine qui ont valeur de symptôme mais ne définissent en aucun cas un cadre étiologique culturel. D'où l'importance de bien définir la population à laquelle on a affaire.

Les patients de Saadia YAKOUB, jeunes ou non, sont pour la plupart des immigrés primo arrivants et ce qu'elle en dit, pour être pertinent, me paraît difficilement applicable à ces jeunes issus de l'immigration qui constituent ce qu'on appelle communément, à tort ou à raison, la "2^{ème} génération". Car - je le répète – ils sont nés, ont été élevés et scolarisés en France, ont très souvent la nationalité française (ce que reconnaît le Dr CURTET) et leur problématique me paraît être celle, globale, de leur classe d'âge, de leur milieu de vie et de leur milieu socio-économique. Saadia YAKOUB distingue d'ailleurs à leur propos :

- "l'effacement de la loi paternelle au profit de la loi maternelle, chez des patients bi-culturés, leur toxicomanie apparaissant comme une des conséquences de cet effondrement du père... l'introduction de l'objet / mère sous couvert de l'objet / drogue

ou alcool, d'autant qu'ils sont issus d'une culture sacralisant la mère (patients Maghrébins notamment).

- La problématique identitaire pour les patients bi-nationaux qui ne se reconnaissent ni Maghrébins, ni Africains, pas plus que Français, leur conduite d'addiction apparaissant alors comme un compromis leur évitant le conflit psychique par le biais d'une identité de rechange : celle de n'être "qu'un toxicomane".

La prise en charge des détenus toxicomanes étrangers résidents, bi-nationaux ou "sans papiers" est identique, hormis une spécificité liée à la régularité du séjour, à celle des autres usagers de drogue incarcérés. Leurs conduites de transgression, tout comme pour les nationaux, sont à résumer dans une histoire individuelle et familiale singulière. Elles ne sauraient cependant être "ethnicipées" mais décodées en référence et à leur culture, et à la société française dans ses dysfonctionnements" (YAKOUB, 2004).

Cela signifie sans doute l'importance, soulignée par Marie-Cécile et Edouard ORTIGUES, de disposer, dès lors qu'on a affaire à un migrant, d'informations sur la manière dont l'organisation familiale, la religion, la culture, régissent les rapports interpersonnels dans la vie quotidienne en indiquant les malentendus à éviter au cours de ces consultations et comment il est nécessaire de respecter le statut de chacun.

Cela ne peut cependant guère s'appliquer aussi à une "2^{ème} génération", porteuse de 2 modèles culturels et / ou identitaires mais dont les trajectoires singulières dans notre culture et notre société ne permettent en aucun cas d'appliquer à ces sujets des schémas culturels stéréotypés. Si tant est que leur problématique ne justifie nullement des institutions ou des modes de prise en charge particuliers, ils posent lors cette question : leur toxicomanie ne pourrait-elle pas renvoyer, plutôt qu'à une transmission de la culture parentale, à un problème qui serait de la nôtre ?

François LAPLANTINE, ethnologue et psychanalyste, authentique élève de Georges DEVEREUX, a donné dans certains de ses ouvrages une réponse au moins partielle à ce questionnement en dressant un tableau pessimiste de la société occidentale moderne (LAPLANTINE. 1973, 1975). Elle se caractérise pour lui par une déculturation dans laquelle prend place, en particulier, la perte de la valeur symbolique des objets : loin d'être, comme dans les sociétés traditionnelles, des supports pour les mythes, les fantasmes, le rêve, ils ne sont plus que des enveloppes vides. LAPLANTINE affirme en outre "qu'un nombre toujours plus important d'adolescents sont littéralement pris en étau entre une assimilation au modèle culturel ambiant et un rejet de toute assimilation. N'arrivant pas à combler cette insatisfaction radicale, ils sont acculés à des conduites typiquement régressives". La toxicomanie est l'une d'elles et ce qu'avance LAPLANTINE renvoie directement :

- d'une part à ce que véhicule une société libérale dite "de consommation" dans laquelle les objets n'ont plus valeur que de fétiches toujours désirés, dépourvus de toute signification symbolique, qu'il faut avoir mais dont la possession ne suffit jamais à éteindre un "syndrome de manque" à l'origine de revendications matérielles réitérées et toujours insatisfaisantes.
- D'autre part à l'ambiguïté ou ambivalence identitaire naissant d'une double appartenance culturelle.

On retrouve là, à mon sens, la problématique identitaire évoquée par Saadia YAKOUB, mais aussi ce qu'a écrit Mehdi CHAREF : "Hadjid se rallonge sur son lit, convaincu qu'il n'est ni Arabe ni Français depuis bien longtemps. Il est fils d'immigrés, paumé entre 2 cultures, 2 histoires, 2 langues, 2 couleurs de peau, ni blanc, ni noir, à s'inventer ses propres racines, ses

attaches, se les fabriquer. Pour l'instant il attend... il attend. Il ne veut pas y penser, il ne supporte pas l'angoisse" (CHAREF, 1983).

Pour LAPLANTINE, il est clair que c'est l'évolution même de la culture occidentale qui rend compte, en tout ou en partie, des toxicomanies. Cependant, au-delà des différences ethniques et / ou culturelles, la mondialisation de ces conduites semble montrer que la persistance de l'oralité intéresse l'ensemble du groupe humain, une des fonction de la culture étant justement de définir et mettre en place les mécanismes de défense partagés susceptibles de la masquer, la détourner, la contrôler, la socialiser, mais non de la faire disparaître.

La précarité, la misère, la faim, les processus de domination, les accrocs dans le contrat social, tout ce qui renvoie à l'insécurité ou à une incertitude identitaire viennent alors provoquer ou favoriser une régression vers l'archaïque dont témoignent les résurgences de la pulsion orale, primitive, parmi lesquelles les conduites addictives. Tout cela me paraît contradictoire avec l'idée d'une étiologie purement culturelle de l'abus des drogues. C'est pourquoi je pense préférable de prendre en compte une autre dimension, individuelle ou collective, qui est celle de la souffrance, toujours présente dans la toxicomanie, celle-ci apparaissant alors – selon l'expression de Jean-Pierre JACQUES – moins comme une recherche de plaisir (ce qu'on a – trop – souvent mis en avant) que comme celle d'un moins de déplaisir (JACQUES, 1993). En l'espèce, la référence permanente à une "culture d'origine" fétichisée, prenant valeur de masque plaqué sur le sujet et lui interdisant d'accéder à un discours propre, me semble présenter un piège dans lequel la culture devient psyché et occulte la personne (RECHTMAN, 1995). Alors que ce qui est en jeu est d'abord une trajectoire / histoire / biographie personnelle singulière qui vient en permanence modifier, remodeler, les stéréotypes culturels. Dans cette histoire, un idéal du moi défaillant (notamment lorsque la figure paternelle se voit dénier toute valeur par la mère) peut trouver un relais dans des moi idéaux culturels ambiants. La toxicomanie, phénomène de classe et de classe d'âge, fait aujourd'hui partie de ces substituts.

Pour terminer, je livrerai à votre réflexion 3 citations que j'estime complémentaires en dépit de leurs énoncés apparemment contradictoires :

- la 1^{ère}, tirée de la thèse de HAMZA, peut sans doute être étendue bien au-delà de la population qu'elle évoque : "que dévoile de bien nouveau le fonctionnement interne des familles maghrébines qui n'ait déjà été écrit par les psychanalystes concernant le fonctionnement inconscient et la mise en place de la loi du père ? en fait, rien" (HAMZA, 1995).
- Dans la 2^{ème}, Jacques LACAN a énoncé clairement "qu'on ne saurait méconnaître les appartenances symboliques d'un sujet".
- Cependant que, pour Albert TATOSSIAN, prolongeant d'une certaine façon cet aphorisme, "les faits psychopathologiques sont hors culture car ils sont porteurs d'une signification individuelle" (TATOSSIAN, 1997).

Et c'est bien sans doute ce qui est en jeu dans ce champ de la toxicomanie et de la culture : d'abord une histoire individuelle et / ou familiale qu'il faut déchiffrer.

Dr Robert BERTHELIER
5, Allée des Cailles
91210 DRAVEIL

BIBLIOGRAPHIE.

ABBOUB K. A propos de "la toxicomanie des Maghrébins"
Revue de l'ANIT, 1984

BACHMANN C, COPPEL A. La drogue dans le monde – hier et aujourd'hui.
Paris – Seuil, 20 mars 1991 Coll. Point Actuel.

BERTHELIER R. Tentative d'approche socioculturelle de la psychopathologie nord-africaine.
Psychopathologie Africaine. 1970, n° 2.

BERTHELIER R. L'homme maghrébin dans la littérature psychiatrique.
Paris. L'Harmattan, 1994 – coll. Psychothérapie et cultures

BERTHELIER R. Toxicomanie en Palestine : un problème de santé publique parmi d'autres.
Le Courrier des Addictions- vol. 3, n°2, avril – juin 2001 – pp. 85-87.

BONNET C. Réflexion sur l'influence du milieu familial traditionnel sur la structuration de la
personnalité au Maroc.
Revue neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance. 1970, n°10-11- pp. 837-
851.

BOURDIEU P. Esquisses algériennes.
Paris – Seuil, 2008

CHAREF M. Le thé au harem d'Archi Ahmed
Paris – Mercure de France, 1983

CARSTAIRS G.M. Daru and Bhang – cultural factors in the choice of intoxicants.
Quarter J. Stud. Alcohol – 1954, 15. pp. 220-237.

CURTET F. LE POULICHET S. La toxicomanie des Maghrébins.
Revue de l'ANIT, 1984.

DACHMI A. De la séduction maternelle négative.
Publication de la faculté des Lettres et Sciences Humaines. Rabat, 1995.
Série essais et Etudes, n°16.

DACHMI A. De la séduction maternelle négative à la répétition compulsive du meurtre
impossible au Maghreb.
Nervure – t. XIII, n°3, avril 2000.

DEVEREUX G. Essais d'ethnopsychiatrie générale.
Paris –Gallimard, 1970.

- ELLENBERGER H.F. Les toxicomanies
Encyclopédie médicochirurgicale –Psychiatrie – 37725 C¹⁰ - 4, 1978.
- FANON F. De l'impulsivité criminelle du Nord-africain à la guerre de libération.
In Les damnés de la terre – Paris. François Maspero, 1961- pp. 224-236.
- FERNANDEZ D. Mère Méditerranée
Paris. Grasset, 1969
- FERNANDEZ D. Sei grande ! Sei un angelo !
In DUBY G (dit) – Civilisation latine. Paris. Olivier Orban, 1986.
- GIUDICELLI S. Les Corses, entre l'insularité et l'exil.
L'Information Psychiatrique – 54,7, 1978- pp. 781-794.
- GREEN A. Le travail du négatif
Paris. Edition de Minuit, 1993.
- GUTTON P. Pratiques de l'incorporation
Adolescence – 2,2 pp. 315-338
- HAMZA M. Existe-t-il une spécificité de la toxicomanie des Maghrébins de la 2^{ème}
génération ?
Thèse de doctorat en médecine. Reims, 1995.
- JACQUES J.P. Pour en finir avec les toxicomanies
Bruxelles. De BOECK, 1999.
- JUNG C. Immigration et toxicomanie
Revue Toxibases- n° 13, 1^{er} trimestre 2004 – pp. 1-3
- LACAN J. Les écrits techniques de Freud. Livre 1.
Paris- Seuil.
- LAPLANTINE F. L'ethnopsychiatrie
Toulouse. Privat, 1974.
- LAPLANTINE F. La culture du psy.
Toulouse – Privat, 1975.
- LAROCHE B. La fonction paternelle en Corse
L'Information Psychiatrique – 59,6, 1983 – pp. 831-839.
- MURPHY H.B.M – Cultures et toxicomanies
Confrontations Psychiatriques. 1987, n°28. pp. 123-140
- NATHAN T. Le respect de la culture de l'autre ?
Passages. Avril 1991, pp. 29-32.

NATHAN T. L'influence qui guérit.
Paris. Odile Jacob, 1994.

ODDOU A. Le cannabis, l'origine maghrébine et la toxicomanie
In DJARDEM F. (dir) – Quelle identité dans l'exil ? Paris. L'Harmattan, 1997. pp. 111-124.

PIRLOT G. Psychanalyse des addictions
Paris – Armand Colin, 2009.

RECHTMAN R. De l'ethnopsychiatrie à l'a- psychiatrie culturelle
L'Evolution Psychiatrique. 60, 3, 1995. pp. 637-639.

TATOSSIAN A. Culture et psychiatrie.
In Psychiatrie phénoménologique. Paris. Alcan, 1997.

TILLION G. Le harem et les cousins.
Paris. Seuil, 1966.

YAKOUB S. Réflexions à propos de toxicomanes maghrébins incarcérés.
Migration Santé- 2^{ème} trimestre 1994, n° 79- pp. 9-40.

YAKOUB S. La prise en charge des usagers de drogue étrangers incarcérés.
Connections. Novembre 2004, n° 16-17.

YAYAHOUÏ A. Les paradoxes de l'intégration et leurs effets sur les conduites à risque.
In Toxicomanie et pratiques sociales. Grenoble – La Pensée Sauvage / APPAM, 1992 – pp.
23-30.

2