UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI

-----***-----

FACULTE DES LETTRES ARTS ET SCIENCES HUMAINES

-----***-----

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

-----***-----

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

-----***-----

OPTION : Psychologie Clinique

-----***-----

CAUSES DES CONDUITES ADDICTIVES AUX NTIC ET AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES JEUNES ET LES ADOLESCENTS

***Réalisé et Présenté par*: AGOULOYE ADEBAYO Niate Mojeice**

SOUS LA SUPERVISION DE

Prof Grégoire M.GANSOU

Directeur Adjoint du CNHUP

STRUCTURE D'ACCEUIL

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE COTONOU A JACQUOT

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2014-2015

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS ……. III

RESUME……... IV

INTRODUCTION……..1

DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE DU LIEU DE STAGE……..2

REFLEXION CRITIQUE…….. 5

APPROCHES DE SOLUTIONS……9

PRESENTATION DE QUELQUES CAS CLINIQUES…….. 10

CONCLUSION…….. 28

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES…… 29

ANNEXE

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements à Dieu Tout Puissant pour la force et la santé dont il nous a fait grâce.

Nous disons un grand merci à nos parents, Monsieur AGOULOYEADEBEYO Cosme Akouété et Madame Marie-Josée TINIGO pour leurs soutiens moral, financier et spirituel. Grâce à eux, nous avons eu l'opportunité de suivre une formation. Merci chers parents.

Nous exprimons nos sincères gratitudes:

- au Directeur du CNHUP-C en l'occurrence le Professeur Mathieu TOGNIDE pour l'accueil et la mise à notre disposition des moyens nécessaires pour l'atteinte de nos objectifs ;
- au Professeur Grégoire Magloire GANSOU pour son accueil chaleureux et pour n'avoir ménagé aucun effort pour partager l'essentiel de son savoir (savoir-faire, savoir-être, savoir-vivre). Il s'est conduit en véritable père pour nous tout au long du stage ;
- Aux psychiatres pour leur soutien indéfectible ;
- Aux DES-Psychiatrie, les Docteurs Sonia KANEKATOUA, Guillaume ALLOWANOU et surtout le Docteur Mèmègnon AWOHOUEDJI, responsable du ‘‘bloc C’’ au pavillon d'hospitalisation pour l'encadrement rigoureux ;
- à Monsieur DJANKPA Kodjo pour son encadrement, ses instructions et son partage. Il s'est conduit en véritable aîné, en frère, en guide.
- A tout le personnel et aux stagiaires médecins pour leur collaboration ;
- aux malades pour la richesse sémiologique qu'ils nous ont offerte. Prompte guérison à tous et très bonne réinsertion ;

Nous exprimons également notre gratitude à l'Institut de Psychologie et des Sciences de l'Education qui a su initier ce stage pour nous outiller, à tout le personnel, et à tous nos professeurs qui nous ont transmis le savoir nécessaire durant notre formation.

Nos remerciements vont aussi à l'endroit de tous nos amis et nos camarades, en particulier : AGOSSOU Etienne, ANONSI Félix, DOSSOU Mikaela, DOSSOU Luv-Igorat, GODOVO Gilbert, GODOVO Vital, GANGNITO Jonas, HELOU Armel, KAKA Cyrille, SOHOUENOU Clarisse et autres pour leur soutien et leurs prières.

RÉSUMÉ

Ce rapport tient lieu de compte rendu du stage académique que nous avons effectué au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou-Jacquot (CNHUP-C/Jacquot) pour l'obtention de notre licence professionnel en psychologie clinique.

Ledit stage nous a permis de toucher du doigt le sens même de la profession de psychologie (avec ses défis). Notre travail s'est fondé sur les causes des conduites addictives aux NTIC et aux substances psychoactives chez les jeunes et les adolescents. En effet, aux nombres de ces causes, nous avons la carence affective, le manque de confiance en soi, la recherche d'affirmation de soi, l'oisiveté et la solitude, l'influence des groupes sociaux d'amis, des facteurs biopsychosociales (un produit rencontre une personne dans un contexte socio-environnemental). Le but de ce travail est la connaissance des causes des comportements addictifs autant face aux NTIC qu'aux substances psychoactives afin d'observer plus de comportements sains et humains. Ainsi, l'identification des pratiques addictives et les facteurs favorisants, la connaissance des conditions d'apparition, nous aiderons non seulement pour de meilleures prises en charges mais aussi pour de meilleures techniques de prévention. Quelques exemples de cas clinique, dans ce travail nous renseignent mieux, mais toutes fois une étude scientifique plus poussée nous serait d'un grand intérêt.

SUMMARY

This report is the result of the academic internship we did in the *Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou-Jacquot (CNHUP-C/Jacquot)* for getting our professional bachelor's degree in clinical psychology. This internship allowed us to know some more about the meaning of being psychologist (with its challenges). Our work is based on the causes of addictions of young and teenagers to the NTIC and to the narcotics. Indeed, among the huge numbers of causes, we have the affective deficiency, the lack of self-confidence, the quest of affirming oneself, idleness loneliness, the impact of the social grouping, the biological psychological social factors (a product meets a person in a socio-environmental context). The target of this job is the cognition of these causes so as having better and convenient behaviors in humans. Thus, the identification of addictives practices and the encouraging factors, the cognition of the conditions appearing, will not only help us for better careful treatments but also for better technical

methods of prevention. Through a few clinical cases in this work, we get more understanding. However, more advanced scientific survey would be a great interest and useful.

INTRODUCTION

Pendant cinq (5) semestres, nous avons été dans un environnement théorique au cours de notre formation à l'Institut de Psychologie et des Sciences de l'Education (IPSE). Dans l'objectif de professionnaliser cette formation, nous, étudiants en troisième année avons été envoyé dans différentes structures pour effectuer un stage de cent cinquante heures (150h). Dans cette intention nous devons accomplir des tâches en participant à des activités de concrétisation des connaissances théoriques ou de professionnalisation afin d'installer en nous les réflexes professionnels. Les tâches de professionnalisation spécifiques à nous, étudiants en psychologie clinique sont : la participation (comme observateur) aux séances d'entretien clinique individuel, et la participation aux séances de psychothérapies collectives.

Nous avons effectué ce stage au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou-Jacquot (CNHUP-C/Jacquot) du 16 avril 2015 au 18 mai 2015 sous l'encadrement du Professeur GANSOU Grégoire Magloire.

Le présent rapport, produit de notre stage, présentera une description institutionnelle du lieu de stage incluant les rôles que nous avons assumés, une réflexion critique sur les pratiques observées, et quelques approches de solutions.

I- DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE DU LIEU DE STAGE

Nous avions effectué notre stage de perfectionnement au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou-Jacquot (CNHUP-C / Jacquot) qui contient un certain nombre de structure et de services présenté sous un organigramme (figure 1). En effet, le CNHUP-C/Jacquot, jadis CNHP/Jacquot situé à *Fidjossè* est limité au Nord par le relais du service de télécommunication, au Sud par le village *Popocodji* et l'Océan Atlantique, à l'Est par le quartier Grand Jacquot et à l'Ouest par la route qui mène à la plage du Grand Jacquot. (ASSOGBA, R.). Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou-Jacquot, est un hôpital spécialisé dans le traitement de toutes les affections mentales. Le centre regorge d'une multiplicité de thérapeutes tels que, les psychiatres, psychologues, assistants sociaux, infirmiers. Ces thérapeutes non seulement travaillent sur des pathologies telles que la dépression sous toutes ses formes, la schizophrénie sous toutes ses formes, les addictions, les dépendances mais offrent aussi un service d'aide sociale aux démunis. Ce centre hospitalier de psychiatrie d'excellence est aussi universitaire. Outre les médecins (psychiatres), nous comptons, les étudiants en psychologie, les assistants sociaux et les étudiants en infirmerie. (www.benincnhp.e-monsite.com). Hormis ce personnel, nous comptons comme ressources matérielles : deux salles de conférence (une pour l'administration, une pour la musicothérapie des malades ainsi que diverses manifestations) ; trois véhicules dont une ambulance et un pick-up ; des tables et chaises qui équipent les bureaux du centre ; des lits d'hospitalisation des malades. Le centre a non seulement une autonomie financière grâce à son propre fond qui est issu de la session des médicaments, des frais de consultation, des actes médicaux et des frais d'hospitalisation mais bénéficie aussi des subventions annuelles de l'Etat qui permettent de nourrir les malades, d'acheter les fournitures, les produits d'entretien, de prendre en charge les personnes indigentes(qui ne parviennent pas à honorer leur frais de consultation et les frais de produits pharmaceutiques). (ASSOGBA, R.). Pour la réussite de sa mission, nous notons les activés suivantes : les consultations médicales, les services de gardes, les services d'urgences, les services sociaux, les staffs cliniques du mardi, les staffs cliniques et psychologiques du mercredi, la musicothérapie du mercredi, les psychothérapies, les sessions de l'ARSEA de tous les premiers mardis et jeudis de chaque mois.

Nous avions parcouru dans le cadre de notre stage, quatre grands services à savoir : le

pavillon de consultation et d'urgences, le service d'accueil-attente, le pavillon d'hospitalisation et le service de psychothérapie où nous avions eu de nombreuses tâches. Nous présentons sous peu les différents services et le rôle que nous y avions joué.

1- Le pavillon de consultation et d'urgences

Le pavillon de consultation et d'urgences a pour objectif d'accueillir les malades et les accompagnateurs venus en consultation dans une salle de consultation pour des entretiens psychologiques et psychiatriques en vue d'établir un diagnostic, d'administrer et les premiers soins et les premières psychothérapies, et d'élaborer un projet thérapeutique. Il organise un suivi externe efficace de la prise en charge des patients et/ou de leur famille.

Dans ce service, nous sommes amenés à accueillir le malade et les accompagnateurs venus en consultations dans une salle (de consultation préalablement organisée) à mener un interrogatoire et un entretien au cours de l'examen psychologique et rédiger une observation clinique et une observation du psychologue clinicien. Nous avions réalisé des psychothérapies de soutien, à l'endroit des malades et de leurs accompagnateurs.

2- Le service d'Accueil – Attente

Le service d'accueil – attente s'occupe de l'accueil des sujets venus en consultation (à titre externe, individuel, accompagnés ou sous escortes policières). Les prestataires dans ce service sont appelés à :

- Se présenter et à vivre par empathie l'état d'esprit du malade qu'ils reçoivent : malade chez qui l'entrée dans le service psychiatrique constitue souvent un choc, un événement impressionnant dont il peut avoir un souvenir désagréable ;
- Prendre contact avec le patient qu'ils reçoivent dans le service au poste d'accueil-attente pour noter les demandes qu'il va faire afin d'organiser pour lui une meilleure orientation ;
- Aider la famille ou les accompagnateurs du patient à remplir les formalités administratives, qui ne doivent pas retarder la consultation du patient ;
- Aider le patient à se sentir à l'aise (sentir qu'il n'est pas incarcéré et que dans le nouveau milieu où il entre, il n'y a pas de conflits). Il doit sentir qu'il peut communiquer avec des gens prêts à l'écouter, à le comprendre tout en cherchant

des solutions à ses difficultés afin que l'attente soit une détente, un soulagement pour lui avant de rencontrer le soignant ;

- Animer et organiser l'attente afin que le patient nait à aucun moment l'impression que l'emploi du temps de sa journée comporte des vides, qu'il est là pour se soigner, qu'il n'y a pas une minute creuse dans sa journée, et que tout est orienté pour une meilleure prise en charge ;
- Rédiger et remettre au psychiatre, au psychologue de consultation les fiches et documents comportant les renseignements outre l'identité et le numéro d'ordre pour les malades à consulter : premiers propos des parents et du patient, les constantes biologiques, l'attitude générale pendant les premières heures (opposition, indifférence), le premier contact avec le personnel et les autres malades.

Nous stagiaires, aux nombres des tâches assurées, notons notre accompagnement dans le remplissage des formalités administratives, notre rôle dans l'effacement des notions de contrainte dans la tête des patients. Nous avions répondu aux différentes préoccupations des consultants et de leur famille à l'instar de la reconnaissance des lieux à utiliser pour leur besoins et leur bien-être physique, et de la reconnaissance des différents lieux du centre. Nous nous sommes occupés de l'inscription des nouveaux patients dans le cahier de registre et de l'élaboration de leurs dossiers.

3- Le pavillon d'hospitalisation

Comme l'indique le nom, c'est le pavillon où sont hospitalisés les malades. Ce pavillon a pour mission d'héberger les patients afin de réussir la dédramatisation total de l'événement, d'assurer un suivi quotidien efficace afin d'apprécier l'évolution de l'état psychologique et physique (si possible) des malades, de tenir des consultations et entretiens instantanés selon l'évolution de l'état du sujet en vue d'une meilleure prise en charge thérapeutiques, organiser et animer des séances de psychothérapies individuelles, familiales, et/ou institutionnelles, verbales ou non verbales, d'organiser des séances de distractions et autre occupation en hospitalisation, préparer psychologiquement les patients et leurs parents pour la sortie grâce à l'élaboration d'un projet de réinsertion socio-professionnelle.

Dans ce service, nous avions été supervisés par le Dr MEMEGNON et M .DJAMKPA Kodjo qui nous ont confié un certain nombre de tâches. Ces tâches ont été entre autres, des entretiens psychologiques quotidiens avec des patients hospitalisés. Plusieurs cas ont retenu notre attention. Deux cas nous ont intrigués et ont été l'objet d'étude personnelle et la source de notre problématisation, et un troisième cas fut objet d'étude d'une équipe composée de ACCLOMBESSI Jéronce, ADEDJOUMA Isimath, AGOULOYE ADEBAYO Niate Mojeice, HOUNSSOKOU Odette supervisé par nos deux responsables. C'est le cas que nous avions nommé « CAS A.J. » (p. 17); un cas présenté au staff du mercredi 29/04/2015 dirigé par le Professeur GANSOU. Nous, AGOULOYE ADEBAYO Niate Mojeice avions eu plusieurs entretiens avec le patient en collaboration avec nos collègues stagiaires, avions participé à la rédaction clinique du cas, à l'analyse psychologique et enfin, avions eu l'honneur de présenter le cas clinique lors du staff.

4- Le service de psychothérapie

Le centre à travers le service de psychothérapie organise, programme, et mène à terme des séances de psychothérapies (individuelle : soutien, motivationnelle ; groupe : familiale). Nous avons appliqué les quelques psychothérapies et la technique de résolution de problème.

II- REFLEXION CRITIQUE

Notre réflexion sur ce sujet part du constat fait par rapport à la dépendance d'une masse de jeunes et d'adolescents aux Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication(NTIC) : Jeux vidéo, téléphonie mobile, internet ; et aux substances psychoactives: cannabis, cocaïne, héroïne et autres. Cette couche de la population est étiquetée par un diagnostic de toxicomanie, de polytoxicomanie, d'alcoolisme, d'addiction, de dépendance dans les centres psychiatriques et les services de psychiatries des hôpitaux.

Pour lutter contre ce phénomène, l'Etat béninois a mis en place une Unité de Soins aux toxicomanes (UST) au Centre National Hospitalier et Universitaire Psychiatrique (CNHUP) de Cotonou, le seul service public de prise en charge des toxicomanes. Les malades qui utilisent le plus souvent de la marijuana, des médicaments, de l'héroïne et de

la cocaïne, représentent 86% des toxicomanes hospitalisés au CNHUP. Une étude menée en 1990 au niveau de l'ex-district de Cotonou VI, montre que la proportion des élèves et étudiants est la plus importante. En effet, elle représente 33,5% de la population étudiée. De plus, il est constaté dans le CNHUP que 60% des cas reçus en hospitalisation à l'UST reviennent à un moment ou à un autre, dans un état pareil ou pire. Une autre étude sur la consommation d'alcool et d'autres drogues à Cotonou, a été rendue publique par le Docteur Dorothée Yévidé en octobre 1998 où la population étaient de 6 millions d'habitants .S'intéressant particulièrement aux jeunes, elle fait apparaître qu'à Cotonou, la capitale, 9 % des enfants de 10 à 19 ans consomment régulièrement des substances illicites contre 24,4 % pour ceux qui ont entre 20 et 24 ans. La même étude montre que l'âge du début de la consommation de drogues baisse régulièrement (jusqu'à 5 ans parfois) alors qu'il était rarissime en Afrique subsaharienne de rencontrer des toxicomanes de moins de 15 ans. L'étude du docteur Yévidé révèle que 43,2 % des élèves du secondaire et étudiants du supérieur consomment indifféremment toutes sortes de substances illicites : héroïne, cocaïne, cannabis, psychotropes, etc. Ces usages, en particulier celui de la marijuana, ne concernent plus seulement la capitale, Cotonou, mais tendent à se généraliser à tout le pays et jusque dans les régions rurales. (Alain Labrousse,2001).

Au fil des jours de notre stage au Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique de Cotonou à Jacquot, nous avons fait quelques constats. D'abord, il y a assez de patients toxicomanes jeunes (qui étaient hospitalisés soit à l'Unité de Soins aux Toxicomanes, soit au pavillon d'hospitalisation accompagné d'un parent ou non). Ils sont souvent amenés en consultation sous escortes des Forces Sapeurs-Pompiers (FSP) accompagnés des parents proches ou non. Ensuite, après entretien avec nombre de patients toxicomanes, nous avons constaté qu'un grand nombre de toxicomanes que nous avons rencontrés durant notre séjour, présentaient une histoire personnelle marquée par des conflits familiaux, des difficultés scolaires, des difficultés sociales (se nourrir, se vêtir, s'employer), ou des carences parentales physiques telles les séparations ou les décès. En exemple nous avons le cas d'un patient de 20 ans M.J. dépendant au tabac, au cannabis, et aux jeux vidéo (notamment Play Station), aux téléphones portables. Ses parents se sont séparés lorsqu'ils avaient quatre ans. Notons qu'au cours de nos visites d'entretien habituel, ce patient, alors qu'il venait de se réveiller exprima son désir de jouer avec son portable, de jouer au '' Play Station'', d'écrire, d'appeler ses amis. Tout ceci avec des cris,

des grelottements et une impatience et intolérance incommensurable. Enfin, d'autres toxicomanes vivent dans les familles recomposées, monoparentales ou absolument en l'absence des deux géniteurs depuis le bas âge, chez des parents proches comme les oncles, les tantes ou les grands parents. Et d'autres encore ont vécu chez les parents proches avec l'absence physique d'un ou des deux parents. C'est le cas d'un patient âgé de 27 ans V.G qui a perdu sa maman à 9ans et qui a vécu avec son oncle pendant ses études au secondaire. En France nombreux sont les jeunes et les adolescents qui sont toxicomanes ; nombreux sont-ils encore à développer des addictions face aux NTIC et aux substances psycho actives. La consommation de substances psycho-actives est à l'origine de plus de 100 000 décès évitables, par accidents et maladies (ministère de la santé, 2013).Un article publié par le ministère de la santé en France notifie que les différentes addictions, que ce soient l'alcool, les médicaments psychotropes, les drogues, les jeux ou les multiples pratiques, nuisent à la vie sociale. Les journalistes passionnées des questions sociales les désignent en ces termes : LES ACCROS, et les psychologues les qualifient de DEPENDANTS, CYBERDEPENDANTS, D'ADDICTS. Pour ces journalistes, les jeux sont comparables à des toxiques entrainant des addictions. L'intérêt accordé par l'homme aux NTIC le bascule dans des comportements asociaux. Un article publié par Radio France Internationale(RFI) le 26-10-2013, souligne que : 5,1 milliards de Terriens possèdent au moins un téléphone portable. Ce même article notifie que, si ce développement exponentiel a révolutionné les communications à l'échelle mondiale, il a aussi un impact sur les comportements individuels parmi les effets délétères pointés par plusieurs enquêtes : les phénomènes d'addiction aux smartphones qui prennent de l'ampleur. « Il y a des chiffres qui parlent. Et des comparaisons qui permettent d'en saisir, un peu, l'ampleur. Actuellement, sur les 6,8 milliards de Terriens, 5,1 milliards possèdent au moins un téléphone portable. C'est plus que de personnes qui possèdent une brosse à dents. Au-delà de l'aspect ludique de la comparaison des chiffres, la généralisation de l'utilisation des téléphones portables, et notamment des smartphones, a profondément bouleversé les comportements sociaux.» (RFI, 2013). Une étude mise en ligne par Hight Tech Web nous apprend que 60% des utilisateurs de téléphone portable dorment avec leur terminal, et que 15% d'entre eux auraient même interrompu des débats amoureux, et même des ébats sexuels amoureux pour répondre au téléphone. Les Anglo-Saxons ont même forgé un néologisme pour qualifier les comportements asociaux liés à l'usage des téléphones intelligents : le « phubbing » (contraction de « phone » et

« snubbing », pour « snober », en français). Le site stopphubbing, sur un mode humoristique, traque et dénonce ces atteintes aux bonnes manières numériques. Bizarrement, sous prétexte de progrès technologique, on régresse socialement parfois. Selon deux études anglaise et américaine, le réseau social Facebook rendait malheureux : « En surface, Facebook donne les moyens de remplir le besoin naturel de développer des liens sociaux. Mais en réalité, plutôt que d'améliorer le bien-être, cela le dégrade. » D'une autre façon, Michael Stora explique : « Les nouvelles technologies ne viennent que révéler et amplifier un phénomène narcissique. » . Infor-Drogues(2008) souligne : Les jeux, les informations sur internet donnent l'illusion de tout savoir, à tout moment, « Je suis en connexion permanente avec l'humanité tout entière ».Cela donne à de nombreux personnes, l'impression d'une sorte de connaissance totale, d'omniscience.

En sommes, nous constatons aisément que les comportements addictifs prennent de l'ampleur et favorise les attitudes antisociales. Nous nous posons alors dans le cadre de cette réflexion, une question fondamentale : qu'est-ce qui est à l'origine des conduites addictives aux NTIC et aux substances psychoactives ? Autrement dit, comment et pourquoi arrive-t-on à être dépendant des NTIC et des produits psychoactifs ? Pourquoi cette dépendance aux NTIC et aux substances psychoactives et comment nait cette dépendance chez les jeunes ? Ces questions méritent d'être posées d'autant plus que nous remarquons cette couche juvénile dans la vague du diagnostic des troubles addictifs : dépendance (addiction), usage nocif des substances psychoactives (toxicomanies).

Pour répondre à cette interrogation, nous avons formulés les hypothèses suivantes :

- Les comportements addictifs sont dûs à la solitude, à l'oisiveté, au manque d'affection ou carence affective, au manque d'estime et de confiance en soi, au besoin d'affirmation de soi ;
- Les conduites addictives sont fortement et rapidement influencées par l'environnement social (les amitiés, les groupes sociaux d'amis) ;
- Le développement d'une addiction est fonction des facteurs biopsychosociale.

L'objectif général de notre étude est de contribuer à une meilleure maîtrise des causes des comportements addictifs par la population, à l'amélioration et à la précision des diagnostics des addictions et offrir aux cliniciens les éléments essentiels sur les patients addicts pour une meilleure prise en charge psychologique et psychosociale en vue de

réduire le taux de toxicomanes et d'addicts et favoriser les comportements sains et sociaux.

Pour réaliser cet objectif, nous avons formulés trois objectifs spécifiques :

- Identifier les différents facteurs favorisant l'attrait aux produits (substances et NTIC),
- Identifier les pratiques addictives,
- D'écrire les conditions d'apparition des comportements addictifs et les facteurs favorisant.

III- APPROCHES DE SOLUTIONS

Nombreux sont les problèmes et difficultés auxquels est confronté le CNHUP-C/Jacquot. En dépit des solutions préexistantes, en dépit des règles, des principes et des connaissances existantes ; nous proposons les solutions suivantes :

- Construire un centre d'accueil des malades (centre de transit) guéris ou dont le pronostic vital est favorable afin de faciliter leur réinsertion sociale et professionnelle ;
- Organiser chaque trimestre un symposium ou une conférence sur la maladie mentale (étiologie, conséquence, prise en charge, post cure et réinsertion) ;
- Initiation ou création des petites activités artisanales comme la confection des sacs, des colliers, le tissage afin d'occuper l'esprit des patients surtout les addicts et les indigents dans différents blocs hormis l'UST ;
- Mettre en œuvre un projet individualisé d'accompagnement psycho-éducatif, musico- thérapeutique dans la prise en charge des addicts afin de réussir leur réhabilitation et leur réinsertion socioprofessionnelle ;
- Sensibiliser les parents pour qu'avant même un problème de déviance ne se remarque, qu'ils adoptent des attitudes qui permettront à leur adolescent de faire des choix éclairés.
- Participer à l'élaboration du programme d'enseignement de l'Institut de Psychologie et des Sciences de l'Education (IPSE) ;
-

PRESENTATION DE QUELQUES CAS CLINIQUES

1- PREMIER CAS

Identité :

Nom : V.

Prénoms : G.

Age : 27 ans

Sexe : Masculin

Ethnie : *Mahi*

Profession : Elève en classe de terminale

Religion : Chrétien Catholique

Situation matrimoniale : Célibataire sans enfants

Adresse : *AKLAMPKA*

Motif de consultation : Amené en urgence par son père pour agitation, irritabilité et propos incohérents.

Anamnèse

Le début de la symptomatologie remonterait à 24h selon le père de façon brutale marquée par des propos incohérents, des idées délirantes à thème mégalomaniaque : « Je suis grand footballeur international et grand rappeur, je suis le gérant de toute la terre entière », une agressivité verbale suite à la consommation d'une substance psychoactive. Le patient serait en attente d'aller au Ghana pour une cure de désintoxication.

C'est ainsi que son père l'emmène au CNHUP pour prise en charge.

Antécédents

- Personnels

- Médicaux : néant
- Chirurgicaux : néant
- Psychiatrique :

Un premier épisode remonterait à 2008 suite à une prise de cannabis et il fut traité pendant trois (3) ans dans un centre psychiatrique puis dans un autre (en 2011).

- Juridique: néant

➢ Familiaux : néant

Biographie

1- Parents

- Père : V.G., comptable, remarié et père de six (6) enfants.
- Mère: K.E., couturière décédé lors d'un accouchement (lorsque le patient avait neuf : 9 ans)
- Fratrie utérine : le patient est l'ainé d'une fratrie de six (06) enfants
  - 1er enfant: le patient.
  - 2ème enfant : V. D., sexe masculin, 19ans, classe de terminal
  - 3èmeenfant : V. A., sexe masculin, 18 ans, classe de terminal
  - 4èmeenfant: V.C., sexe masculin, 15 ans, classe de première
  - 5èmeenfant : V. J., sexe masculin, 6 ans, classe de CM1
  - 6ème enfant: V.M., sexe féminin, 3ans

2- Développement du patient

-La conception : grossesse désirée

-Grossesse : Bien suivie

-Accouchement : Eutocique (par voie basse)

-Naissance : patient non réanimé

-Développement psychomoteur

1er cri objectivé à la naissance, marche à 01an environ, a parlé avant 01an.

- Milieu éducatif : Le patient a vécu avec ses deux parents et ses frères dans une bonne ambiance jusqu'au décès de sa mère lorsqu'il avait 9ans

-Scolarité :

Début : 03 ans (deuxième année de la maternelle), 05 ans (CI)

Diplômes obtenus : CEP à 9ans

Classes reprises : 3ème

Le patient s'est arrêté en classe de terminale pour consommation de substances psycho-actives

-Développement sexuel et adaptation sentimentale :

Puberté : non précisée.

Premier rapport sexuel : non précisé.

Evénements marquants

- Positifs : non précisé
- Négatifs : les refus de son père

Enquête sociale

Sujet intelligent et jovial

Demande du patient

- Consciente : sortir et rejoindre sa famille
- Inconsciente : Epanouissement

EXAMEN PSYCHIATRIQUE

-Présentation du patient

Tenue correcte, adaptée à l'âge et au sexe ; incurie corporelle

Hypermimie

Contact : syntone

Comportement : instabilité motrice

-Trouble des conduites sociales : agressivité physique et verbale

- Pas de conduites addictives soulignées

-Fonctions supérieures

- Langage : réponses à côté
- Fonction mnésique normale
- Pensée : troubles du contenu de la pensée marqué par un déni de la maladie, un délire de thèmes mégalomaniaque

Pas de troubles du cours de la pensée

Evaluation globale de l'intelligence : Pas de troubles du jugement et de raisonnement

Activité perceptive : Conscience du soi et de l'environnement : Pas de troubles

- Affects état émotionnel : Crises de colère et irritabilité

Structure de la personnalité

- ✓ Mécanisme de défense : la projection, le déni
- ✓ Symptômes psychotiques : délire et détachement
- ✓ Maladie : épisode actuel

Conclusion : Etat limite

Résumé syndromique :

Il s'agit du patient V. G., âgé de 27ans aux antécédents familiaux, juridique, médicaux et chirurgicaux néants, chez qui l'entretien et l'examen nous ont permis de noter :

-un début brusque remontant à sept (7) ans environ par un délire

-des actes antisociaux avec conflits permanents entre l'entourage et lui

-un syndrome délirant, de thèmes mégalomaniaques, de mécanisme hallucinatoire et imaginatif, avec une forte adhésion, non systématisé

-une structure limite

Diagnostic retenu

Toxicomanie

Traitement

But :

-Obtenir la disparition des symptômes

-Assurer la réinsertion sociale du patient

Moyens :

- Non médicamenteux

- Psychothérapie de soutien

-Psychothérapie motivationnelle

-Psychoéducation individuelle et familiale

- Chimiothérapie :

-Neuroleptiques

Evolution

A l'examen psychiatrique :

Tenue adaptée et propre

Mimique : normale

Contact : syntone

Disparition de l'agressivité et de l'instabilité psychomotrice

Conduite tenue : Psychoéducation

Pronostic

- Vital :

A court terme : « bon » étant donné l'hospitalisation

A moyen et long terme : dépendra de la prise en charge correcte

ANALYSE PSYCHOLOGIQUE DE V.G.

La santé mentale définit le bien-êtreémotionnel et cognitif ou une absence de trouble mental. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) quant à elle, renchérit que « la santé mentale n'est pas simplement l'absence de troubles mentaux. Elle se définit comme un état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel, fait face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté. » Le terme est certes polysémique mais fait transparaître trois aspects que sont : l'aspect physique, psychologique et social. Lorsque l'un de ces aspects est touché, que ce soit au niveau individuel ou interpersonnel, il y a perturbation de la santé mentale. On ne connaît pas exactement les causes de la maladie mentale et on ne peut certainement pas prévoir qui éprouvera de tels problèmes à quelques reprises et qui les éprouvera pendant de longues périodes. Les recherches indiquent que les maladies mentales résultent d'une interaction complexe de facteurs génétiques, biologiques, des traits de personnalité et de l'environnement social. Il y a différents types de problèmes qui se posent sur la santé mentale, parmi lesquels nous avons : la dépression et les troubles de l'anxiété, et d'autres non-communs : comme la schizophrénie ou les troubles bipolaires. (www.benincnhp.e-monsite.com.)

L'éthiopathogénie de la toxicomanie est la rencontre entre la personne (personnalité), le produit et le contexte ou groupe social auquel appartient le sujet. Ainsi, la prise en charge de la toxicomanie se fondera sur ces trois éléments (la personne, le produit et le contexte social).

Les stades ; oral, anal et phallique de V.G. se seraient passés sans événement traumatisant. Le stade de latence fut marqué par le décès de sa mère lorsqu'il passait le CEP à l'âge de 9ans. Nous remarquons ainsi, une perte d'objet. Ce qui nous renvoi à la problématique du Deuil chez l'enfant. L'enfant aurait-il bien fait le deuil ? Comment a-t-il pris la disparition de sa mère ? Comment l'a-t-il vécu ? Qui aurait substitué la mère à ce stade ?

La consommation de substances psychoactives nous interpelle sur une fixation au niveau du stade orale, l'absence d'autorité (du père) au niveau du stade de latence (remarqué lorsqu'il y a la forclusion du père chez d'autres patients) et un manque affectif. Au niveau du stade oral, aucun événement particulier ne nous interroge. Le sujet débuta ses études secondaires à Natitingou aux côtés de ses cousins, et de son oncle et le père ne venait que les *weekends*. L'autorité du père aurait flottée à ce stade et l'enfant serait livré à lui-même et à la rue. Voici un enfant qui ne vit plus l'amour d'une mère, le père qui n'est présent que par moment et seulement 2j/7. Ceci pourrait le conduire à la consommation de substances psychoactives pour compenser le vide affectif. Remontons à la première prise de produit psychoactif. Selon le père, le patient aurait pris contact avec ses produits en 2008 en classe de terminal, ce qui entraîna sa décompensation. Selon le patient, il consommait ses substances depuis le premier cycle et ceux, depuis la classe de troisième (3ème) où il avait 13ans (ce qui ouvre ses poumons afin de bien jouer, nous confie-t-il). Son oncle aurait remarqué ces conduites addictives face aux substances psychoactives depuis la classe de troisième également. Ceci confirme bien l'absence (physique) du père et l'absence d'autorité de ce dernier qui faciliterait son contact avec ces produits. Par ailleurs, le patient affirmant que « cela ouvre mes poumons et me permet de bien jouer » nous amène sur le terrain de **la recherche et du maintien de la performance grâce aux substances psychoactives ou du moins, être meilleur pour avoir sa place.** Alors, le patient cherchant ainsi à être performant, à renforcer ces capacités, à maintenir le cap s'adonnent à ces produits. L'enfant aspire être footballeur mais le père souhaiterait qu'il achève ses études secondaires pour mieux l'aider sur ce chemin. Remarquons alors qu'il devra concilier études et sport (football) puisque son désir est de devenir footballeur. Tout ceci ne fera que renforcer ses conduites addictives. Tellement il a l'impression qu'on lui

demande assez et qu'il manque de soutien qu'il va chercher de l'énergie et du soutien ailleurs et finalement il est perdu et ne sait plus à quoi s'accrocher. Alors il fera référence aux propositions des spiritualistes et se pencha sur les alternatives sectaires. Et c'est en cela nous voyons l'affirmation du sociologue Alain EREMBERG qui s'inscrit bien et se justifiée ici : « L'Homme est devenu aujourd'hui un être incertain ». Aujourd'hui en demandant trop à l'homme, il s'inscrit dans une compétitivité extrême et n'est plus capable de répondre à toutes ses aspirations ; il ne sait plus à quelles fins se vouer, il ne sait plus où aller et finalement, est perdu. Alors d'autres alternatives s'offrent à lui. Soit il se penchera sur les solutions des sectes, soit il s'accroche aux produits psychoactifs, soit aux conduites antisociales (vols, cambriolages, crime immotivé…). Mais notre sujet ici a préféré les conduites additives faces aux produits psychoactifs et les solutions que proposent les sectes (qui bondent notre monde d'aujourd'hui, un monde d'après l'apogée de la science).

Pourquoi tout ceci ? Revenons sur l'autorité du père et son rôle en lien avec la personnalité du sujet. Dans sa crise il déni son père (ce fut à l'arrivé de son père lorsque nous étions en plein entretien). Il se pose un problème d'identification et de filiation qui serait lié à la non résolution du complexe d'œdipe, où le petit garçon serait plus probablement attaché à sa mère. C'est ainsi qu'il projette tout ce qu'il vit sur son Père devenue « son ami qui veut voler la place de son véritable père qui serait Lil Wayne». Ainsi le patient s'appellerait: Cabrabatane Lil Wayne Andersson. Le patient n'a pas toujours réussi l'identification dans la période adolescentaire, compte tenu des situations conflictuelles avec son père. Ce patient dans son inconscient est toujours à la recherche de ce père idéal qu'il identifie à Lil Wayne à qui il veut ressembler.

La recherche de soutien pour réaliser ses rêves, l'accréditation du vide affectif, la recherche de la performance et la recherche de la gloire ont conduit notre patient vers la consommation de produit psychoactifs qui finalement le fait décompenser. Une décompensation favorisée par sa personnalité déjà fragilisée par le décès de sa mère et les grandes absences de son père (absence affectif et physique).

En fin, V.G. dans sa demande inconsciente recherche son épanouissement total.

PROJET THERAPEUTIQUE

1- Continuer les entretiens psychologiques
2- Mettre en place une prise en charge holistique bien élaborée (médico-psycho-social) pour mieux l'accompagner en suivant de près son traitement médical, en lui appliquant les psychothérapies de soutien, motivationnelle et la psychoéducation et l'aider dans sa réinsertion sociale.

2- DEUXIEME CAS

SITUATION CLINIQUE DE A.J. PRESENTEE LE MERCREDI 29 AVRIL 2015

Identité

Patient A.J., 53 ans, artisan, célibataire sans enfant

Motif de consultation

Amené par les sapeurs-pompiers et sa mère pour agressivité physique et verbale associée à une agitation clastique

Anamnèse / hétéro anamnèse

Le début de la symptomatologie remonterait à 8 ans (1988) de la date de 1ère consultation marqué par agitation et rixe à répétition au Sénégal. Il fut donc exclu de l'école d'ingénieur et rapatrié au Bénin dans un état d'incurie. Selon le patient, sa pathologie serait liée à une scarification de sa mère ''sa marâtre'' au niveau de la tête au cours des vacances 1987 – 1988.Sa mère le récupéra à l'aéroport et le conduisit chez un psychiatre de la place. Pour manque de moyens financiers, il a eu une rupture thérapeutique. Il s'en suivit une agitation clastique et une agressivité physique et verbale surtout à l'endroit de sa mère qu'il appelle « marâtre ».Il fut donc amené par les sapeurs-pompiers en compagnie de sa mère au CNHUP pour une prise en charge.

Evolution

- longues hospitalisations
- inobservance thérapeutique
- multiples rehospitalisation
- multiples crises malgré les soins

- Ce jour,
  - Il se plaint d'asthénie sexuelle
  - Il est sous fluphénazine 50 mg par mois

Antécédents

- Personnels
  - Médicaux : bilharziose dans l'enfance,
  - Chirurgicaux :
    - traumatisme cranioencéphalique lors d'une crise (vindicte populaire)
    - morsure de serpent
- Psychiatriques :
  - Énurésie secondaire
  - Consommation de Marlboro (pendant 1an) par contamination sociale (père et amis) jusqu'à 1 paquet par jour en 1988. Arrêt suite à une sensibilisation à la télé.
  - Tentative de suicide au raticide suite à un échec scolaire, familiale et sentimentale au Sénégal
- Familiaux
  - Oncle paternel ayant fait une pathologie psychiatrique non précisée

- Un frère ayant aussi fait une pathologie psychiatrique non précisée

Biographie

Parents

- Père : A.J.M. Décédé à 31 ans, instituteur, Monogame père de 7 enfants dont 1 décédé

  Pour le patient, son père était polygame avec 2 femmes et sa mère est la 1ère

- Mère : D.A., institutrice à la retraite, seule épouse du père, mère de 7 enfants dont 1 décédé. Elle est sa ‘’marâtre’’

  Pour le patient sa mère s'appellerait Terry Moïse elle est juive de France et mère d'un (1) enfant unique : le patient

- 4ème d'une fratrie de 7 personnes dont l'aîné est décédé

  Pour le patient, il est l'aîné de son père et de sa mère et serait plus âgé d'un an 4 mois que son frère consanguin aîné de sa ‘’marâtre’’

Développement du patient

- Conception, grossesse, accouchement, développement psychomoteur sont non précisés

- Milieu éducatif :

  Le patient a vécu au côté de son père et sa mère jusqu'à son départ pour le Sénégal. Pour le patient, il s'est séparé des parents quand il avait 6 ans. Sa mère se serait mariée avec le président KEREKOU. Elle a proposé à KEREKOU de faire le coup d'état. Il serait resté avec la marâtre jusqu'au BAC.

- Scolarité :

  Début : 5 ans par le CI

Classe reprises: CM2, Terminale et exclusion en 2ème année de l'université au Sénégal

- Formation professionnelle :
  - Apprentissage au Sénégal du tissage des sacs qu'il confectionne et vend bien

- Développement sexuel et adaptation sentimentale
  - Puberté : 16 ans
  - 1er rapport sexuel : 40 ans au CNHUP avec une patiente (flirt)
  - Relation amoureuse : deux sans succès. L'actuelle ne marche pas du fait du refus des parents de la fille

- Évènements marquants

  Positifs :
  - Le fait d'être délivré des trois(3) types de sorcelleries : la blanche, la noire et la rouge parce qu'il est la réincarnation de Jésus
  - la réussite à son concours
  - La chanson de sa mère à la radio ''je serai là de Terry Moïse''

  Négatifs
  - Reniement de son père au tribunal de 1ère instance à Porto Novo suite à une plainte qu'il a formulé contre lui pour maltraitance
  - Mon père ne m'aime pas
  - Échec au Sénégal

- Enquête sociale

  -Actuellement non consommateur de substances psychoactives

  -S'entendrait bien avec son entourage au centre

-Accuse sa marâtre et ses frères d'être à l'origine de sa maladie

-Aime la musique et la bonne nourriture

- Demande

  Consciente : retrouver sa mère

  Inconsciente : autonomie

- Examen somatique

  -Bon état général

  -Température 37°1

  -Pulsations 84 par minutes

- Examen physique sans particularité

- Examen psychiatrique

  Instinctuelle : asthénie sexuelle à préciser

  Fonctions supérieures :

  -Idées délirantes

  - Thèmes : filiation, mégalomanie, mystique, persécution
  - Mécanisme : intuition, interprétation, hallucination, imagination
  - Organisation : systématisé en réseau
  - Évolution : chronique

  Dépersonnalisation (peau transformer de métis à noire)

- Diagnostic

  Schizophrénie paranoïde

Traitement

Fléphénazine retard 50 mg en intra musculaire par mois

- Pronostic

  Vital : bon

  Fonctionnel : réservé du fait de l'enkystement du délire

- Intérêt

  Diagnostique : richesse sémiologique

  Thérapeutique :

  - résistance à la prise en charge
  - Thérapie à médiation artistique
  - Hospitalisme

Conclusion

Il s'agit du patient A.J., âgé de 53 ans, amené par les sapeurs-pompiers et sa mère pour hétéroagressivité physique et verbale, aux antécédents pathologiques chargés. Mis sous traitement pour schizophrénie paranoïde, l'évolution de la maladie est qualifiée de défavorable.

ANALYSE PSYCHOLOGIQUE DE A.J.

Les troubles psychiatriques dans leurs dimensions plurifactorielles nous présentent souvent une rémission problématique.

Qu'en sera-t-il pour le patient A.J.?

Les stades préadolescentaires de A. J. se seraient passés sans événement traumatisant. Mais celui de l'adolescence s'est émaillé d'un conflit interfamilial surtout entre le père et le fils ; car juste après l'obtention du BAC, le patient a décidé de se fiancer et le père s'en est opposé. D'après la mère, cela aurait créé une instabilité dans la résidence du patient jusqu'à son admission à 4 bourses parmi lesquels il a choisi une, quand il était en deuxième année à l'Université d'Abomey-Calavi (UAC). Tout ceci pouvait perturber la **réviviscence de l'œdipe à ce stade**. Dans la troisième année de son

séjour à l'étranger, s'est installé de multiples conflits d'une part entre le patient et deux de ses camarades de classe avec des rixes à répétition et d'autre part entre lui et l'administration suite à une discussion autour d'une fille qu'il souhaitait épouser. Par conséquent, il a perdu sa bourse. Il s'ensuit ainsi des pertes d'objets. Le patient a été rapatrié dans un état d'incurie corporelle et vestimentaire, des propos incohérents avec une agressivité verbale. Dès lors, une fois arrivé à Cotonou, il a été conduit dans une clinique psychiatrique de la place. Pendant cette période, un conflit entre les deux parents a fait que le père s'est retiré du suivi de leur enfant.

Parmi les symptômes décrits dans la crise nous pouvons citer des bizarreries, la dépersonnalisation (changement de peau), l'incurie corporelle et vestimentaire, l'énurésie secondaire, des hallucinations, l'agressivité avec bris d'objets, délire et des idées de persécution le conduisant à une angoisse de morcellement. Les mécanismes de défense fondamentaux développés dans sa crise sont le déni, la projection et le clivage.

Tous ces symptômes et mécanismes de défense ne sont que ceux développés lors de la décompensation chez une personne ayant une structure psychotique ; ceci donnera des psychoses. Nous pouvons donc déduire que A .J. a une structure psychotique donc une personnalité psychotique.

Il nous paraît important dans le but d'une meilleure prise en charge de nous poser certaines questions auxquelles nous essayerons de répondre :

- Quelle serait sa personnalité ?
- Quelles sont les étiologies de sa crise ?
- Quelle connotation culturelle pourrait avoir sa crise?
- Comment pouvons-nous expliquez son délire ?
- En outre, que pourrait-on comprendre des dessins et peintures qu'il a produit a l'Atelier de Réinsession Sociale d'Expression Artistique (ARSEA) ?

Retenons que ces images pour la plupart ont parlé de son vécu avant et pendant la crise. Voici quelques approches de solutions à certaines questions.

Quelle serait sa personnalité ?

Nous avions noté chez P.

- **la méfiance** marquée par les relations entretenues avec autrui à l'extérieur comme à l'intérieur de sa famille dont une partie serait à l'origine de sa crise ; notamment le fait qu'il ne s'entendait pas avec son père.

- **la surestimation de soi** qui se manifeste par sa suffisance et son orgueil ; il n'a jamais tort ; infaillible il ne peut remettre ses opinions en question . Son niveau intellectuel s'était accru à partir de son obtention du BAC. En ce jour, il dit être la réincarnation de Jésus Christ.
- **l'absence d'autocritique et la fausseté de jugement** considérées comme une conséquence de l'hypertrophie du moi, de même que la psychorigidité des actes et des jugements conduisant parfois à son agressivité physique et verbale. Ce qui fait qu'aujourd'hui sa mère a peur de le récupérer chez elle à la maison et avait entre temps changé de domicile. Actuellement, cette peur l'oblige à déposer son petit déjeuné auprès de l'une de ses sœurs à Porto- Novo chaque fin du mois. Ces traits expliquent des difficultés de l'insertion sociale et de l'existence conflictuelle du paranoïaque. Nous pouvons déduire de ces traits que A.J. a une personnalité paranoïaque sous réserve d'un test de personnalité.

Comment pouvons-nous expliquer l'étiologie de sa crise ?

Lorsque nous allons nous rattaché à la structure déterminée, nous pouvons dire que le patient aurait subi des traumatismes dans ses deux premières années de vie qui auraient prédisposé son «Moi » sur un mode psychotique selon la théorie fr*eudienne relative aux instances de la personnalité*. De plus, au stade anal l'organisation de la structure de la personnalité reste dominé par le **ça** . On note seulement l'émergence d'un **« Moi »** encore très faible et passif. Il se renforce grâce à une attitude adéquate de la mère et passe ainsi du processus primaire au secondaire, du principe de plaisir au principe de la réalité. (cf. Thérèse Lemperière et H. Féline. Psychiatrie de l'Adulte 7ème tirage, MASSON, Paris New York B. 1985 page 48 à 49). Au niveau du stade anal s'installe la possibilité d'un contrôle sphinctérien, le plaisir lié à la défécation et les conflits spécifiques qui s'y attachent occupent une situation privilégiée. K. Abraham divise ce stade en deux phases.

- La première : le plaisir est lié à l'expulsion des matières fécales, la pulsion sadique à leur destruction par l'acte extérieur. L'enfant a la possibilité de contrevenir au désir de ses parents qui le veulent « propre ».

- La seconde : le plaisir est lié à la rétention, la pulsion sadique au contrôle possessif. L'enfant découvre que ses parents accordent une grande valeur à ses matières fécales et il les assimile à un « cadeau » qu'il peut ou non faire. Ces informations peuvent s'expliquer par son énurésie secondaire et en période de crise. Mais nous n'avons pas reçu des informations fiables pour sa confirmation. Dans sa crise il déni sa mère ; il pose un problème d'identification et de filiation qui serait lié à la non résolution du complexe d'œdipe, où le petit garçon serait plus probablement attaché à sa mère. C'est ainsi qu'il projette tout ce qu'il vit sur sa mère devenue « sa marâtre ». Le patient n'a pas toujours réussi l'identification dans la période adolescentaire, compte tenu des situations conflictuelles avec son père. On remarque ainsi l'absence du père dans les propos du patient et de sa mère.

Sur le plan culturel au Bénin et particulièrement chez les Saoule, on dit que, lorsqu'un enfant n'obéit pas a ses parents géniteurs et ne les écoute pas, il finira par s'éclater au dehors sur les mêmes causes qui donneront les effets néfastes sur sa vie. La Bible l'a également stipulé dans les dix commandements, *Exode 20 : verset 12* « Honore ton père et ta mère afin que tes jours se prolongent sur la terre que l'Eternel ton Dieu te donne. » Le patient se trouve exactement dans cette situation problématique lié à la femme que lui reprochaient ses parents. Il avait repris la même chose « au dehors » et voilà où nous en sommes ce jour. Le père demeurant toujours absent, nous nous demandons, l'aurait-t-il maudit? Nous ne saurions le dire. Mais dans son regret, il en tire une leçon ce jour et dit : Ne pas s'aventurer sur ce chemin avant de finir ses études car il avait 23 ans, l'âge d'amour. Dans le même contexte, il est dit culturellement : « un enfant qui n'écoute pas ses parents finira par allumer une lampe pour les rechercher dans les rues en pleine journée ». A.J. dans son inconscient est dans la recherche de sa mère afin de mieux construire sa vie. Ce qu'il explique dans son délire de référence comme son évènement marquant positif du fait qu'il a écouté « sa mère »(une Juive Française) chanté pour lui à la radio ORTB. Pour le patient la chanson de l'artiste TERRY Moise démontre : une mère qui aime son unique enfant. Comment pouvons-nous l'expliquer ?

Par ailleurs, sur une image (figure 2), le patient dessine un malade mental tuant les mouches. Selon lui la mouche donne du choléra, de la gangrène. Il dit :« quand je tue les

mouches à l'Hôpital CNHU-PC, on me brutalise, on m'assoiffe et on m'affame. Je vais cesser le jour où les prêtes de fâ et les religieux vont cesser de distribuer les hosties parce que les mouches, les fourmis, les insectes nuisibles en général, les margouillats, les fourmis, les souris sont des armes des sorciers ». (*Confère cours de l'ethno-psychiatrique du professeur DAH LOKONON BODEHOU GBENOUKPO à l'INSTITUT DE PSYCHOLOGIE ET DE SCIENCE DE L'EDUCATION à l'UAC).* Le patient étant dans une réalité scientifique et culturelle. Pourquoi c'est en période de crise qu'il choisit de tuer les mouches ? Nous pourrions dire qu'il est dans un contexte délirant.

Sur une autre image (figure 3), il écrit rendez vos cadres de vie propre à cause de la malaria (campagne de salubrité) parce qu'il avait souffert du paludisme, qu'on a pu l'atteindre en lui faisant de la scarification sur la tête. Ici le patient s'est souvenu d'un passé de sa crise pour parler de ses persécuteurs. Selon lui dès que le cadre de vie sera propre, il n'aura plus le paludisme afin qu'il ne soit atteint par les sorciers.

Le patient représente une autre image (figure 4) où il est devant un prêtre de religion catholique qui l'aurait baptisé en lui donnant la sorcellerie blanche. Depuis ce jour sa peau blanche s'est transformée en noir. Sur une autre encore (figure 5), il est devant une termitière avec le prête de fâ ayant azéka en main en complicité avec sa marâtre. Ce qu'il a jeté dans le double WC. Dès lors sa mère est devenue sa marâtre parce qu'il a reçu d'eux la sorcellerie rouge et noir auxquelles il en a échappé.

Sur l'image de la figure 6, le patient est avec un serpent naja, parle de son passé au cours primaire (CE2) où il été mordu par ce serpent et soigné par le chef du quartier. Mais il ne croit pas que ceci ai eu un impact sur sa santé.

Sur un dernier dessin titré **L'amour fraternel** (figure 7) il a dessiné deux bras. Il dit : « c'est ce qui est insuffisant chez moi. Mes frères et sœurs ne viennent pas vers moi. Je connais une sœur coiffeuse et je reconnais une autre qui est handicapée moteur et je lui rends visite souvent ». Ici le patient n'exprime que son manque d'affection que ceux-ci pourraient combler en partie mais en vain.

Dans sa demande actuelle, c'est comment retrouvé sa mère, afin de mieux harmoniser sa vie c'est à dire avoir un emploi et une femme. Nous constatons ici que le patient s'est localisé dans son délire. Il refuse d'aller à la maison auprès de sa mère devenu marâtre car une fois rentré, il rechute. Selon les propos de sa mère, il est difficile au patient une

fois arrivé à la maison de respecter la prise des médicaments. Et pourtant, même au sein de l'hôpital, il rechute.

Dans notre prise en charge psychologique nous le rencontrons une fois par quinzaine.

PROJET THERAPEUTIQUE

1- Continuer les entretiens psychologiques par quinzaine ;

2- Mettre en place une **prise en charge holistique** bien élaborée (médico-psycho-social) pour mieux l'accompagner.

- **médical** : suivre de près son traitement médical et évaluer.
- **psychologique** :

- continuer les entretiens vus la chronicité de sa pathologie
- Opter pour des références ou des théories cliniques les plus adaptées (la TCC par exemple pour travailler sur la pensée qui affecte le comportement)
- faire périodiquement des entretiens en équipe.
  - **Social :** L'aider dans sa réinsertion familiale et socioprofessionnelle en lui affectant un(e) assistant(e) social(e)
- Lui octroyer (ou aménager) un espace artisanal et de vente des sacs tissés qu'il fabrique, ceci en journée ; il reviendra passer les nuits au CNHU-PC
- Au fil de sa progression dans l'activité, penser avec lui à une possibilité d'installation en famille ou en location
- Balbutier avec lui le projet de fonder un foyer.

CONCLUSION

Notre stage de cent cinquante heures effectué au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou à Jacquot du 16 avril 2015 au 18 mai 2015 nous a été bénéfique.

Notre passage dans les différents services (hospitalisation, consultation et urgence, accueil-attente, psychothérapie) nous a permis non seulement d'approfondir nos connaissances théoriques acquises au cours des cinq semestres de formation à l'IPSE mais aussi et surtout de mettre en pratique ces connaissances. Tout au long du stage, nous avons assumé divers rôles, mené diverses actions, participé à diverses tâches qui nous ont conféré des aptitudes sur plusieurs plans, en dépit des épreuves auxquelles nous avons fait face et nous ont permis de nous adapté à la vie professionnelle du psychologue clinicien.

Divers acquis ressortent de ce stage. Désormais, nous sommes capables d'accueillir un patient et de vivre son état d'esprit par empathie, de mener un entretien psychologique et de rédiger une observation clinique, de faire une analyse psychologique, de rédiger un projet thérapeutique, de mener une psychothérapie de soutien, une psychothérapie familiale, une psychoéducation, une psychothérapie motivationnelle. Nous connaissons le sens du respect de la hiérarchie, l'importance du respect du secret professionnel. Aussi, pour la résolution d'un problème, nous savons appliquer la Technique de Résolution de Problème, une des techniques de la Thérapie Comportementale Cognitive.

La thérapie, la psychothérapie est un art, c'est une science. « La relation soignant-soigné est le ‘‘hobby’’ du psychologue » nous disait le Professeur TOGNIDE. Cette formation pratique loin d'être suffisante, nous gardons un excellent souvenir de ce stage, et comptons non seulement revenir poursuivre notre formation et rêvons y faire carrière.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ASSOGBA,R. Rapport de fin de stage en psychologie

Ehremberg,A. (1995). L'individu incertain, Paris, Calmann-Lévy,1995

GREENFACTS : Substances Psychoactives. www.greenfacts.org

INFOR-DROGUES : (2008).Dossier : L'addiction à internet-Cyberdépendance

Kold,B. & Whishaw,I.Q.(2008). Cerveau et comportement. Bruxelles. Edition De Bœck université.1015p.

Mareau,C .&VANEKDREYFUS,A.(2007). L'indispensable de la psychologie. Editions tudyrama.

Maestracci,N. (2005). Les drogues.PUF.126p.

Organisation Mondial de la Santé,(en ligne) ,(www.oms.com)

Priorité Santé RFI (2015). Les addictions. http://www .rfi.fr

RFI (2013). L'addiction au téléphone portable, un phénomène planétaire. En ligne. http://www .rfi.fr

Wikipédia. (2013) .Toxicomanie. En ligne http://fr.wikipedia.org/wiki/Toxicomanie

Wikipédia. (2013).Addiction. En ligne http://fr.wikipedia.org/wiki/Addiction

www.intervenir-addictions.fr

ANNEXE

Figure 1 Organigramme institutionnel du CNHUP-C

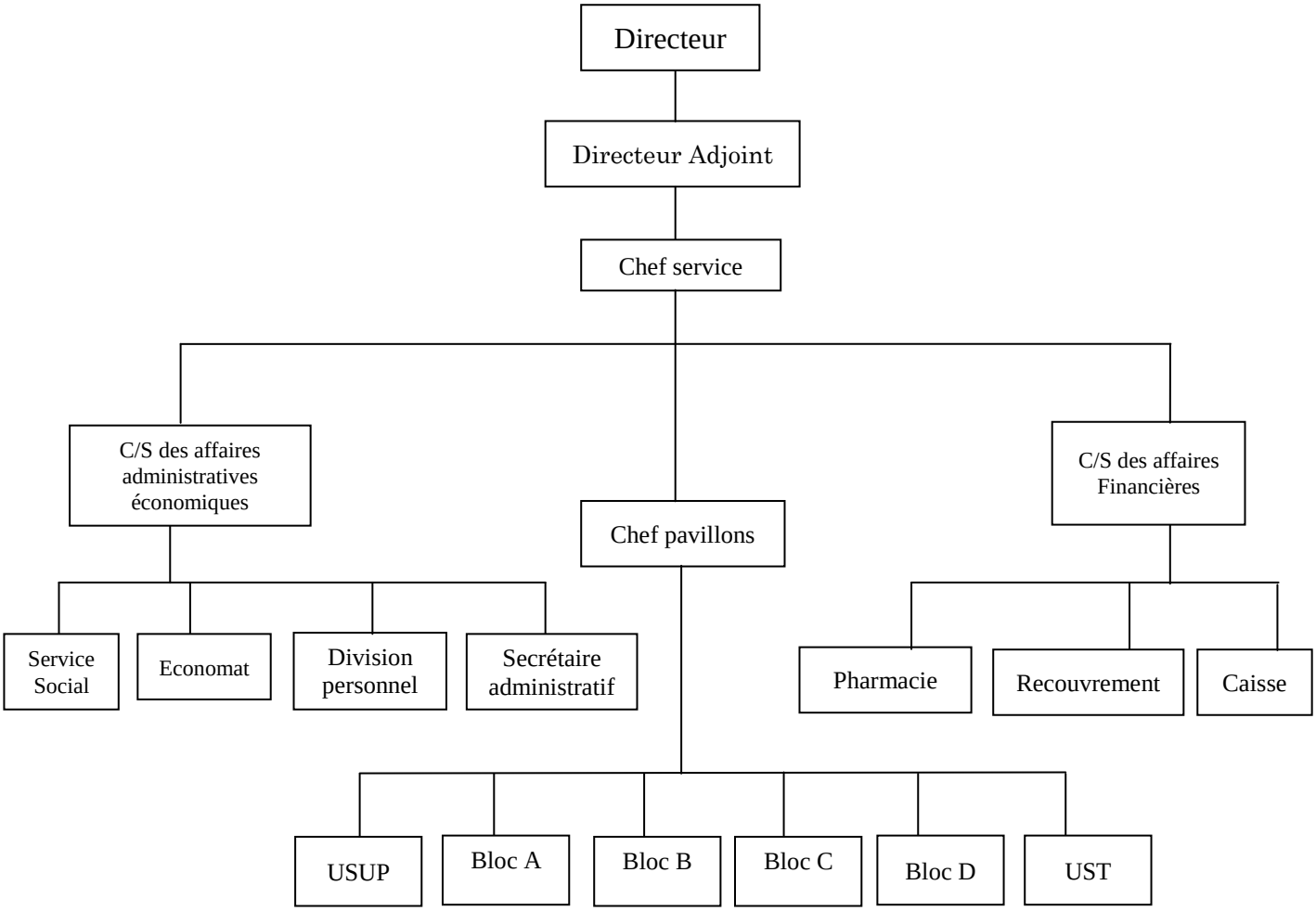


Figure 2

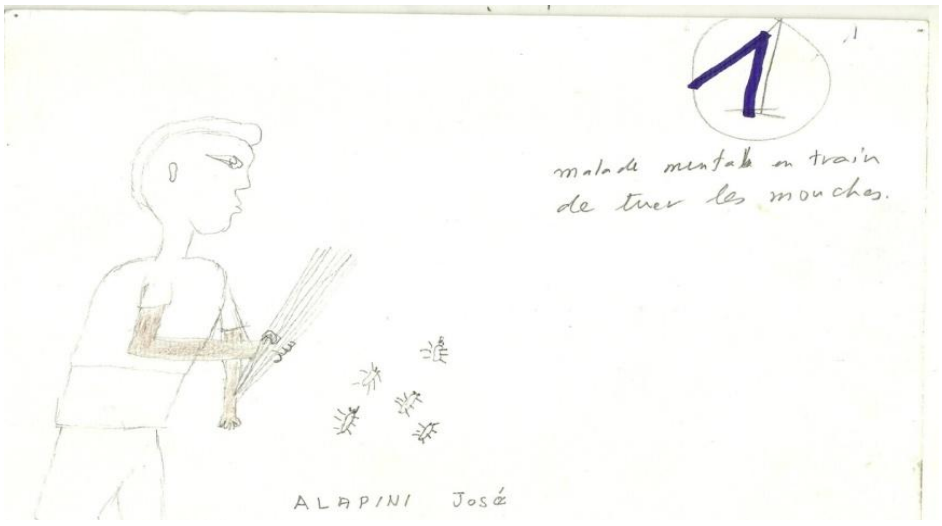


Figure 3

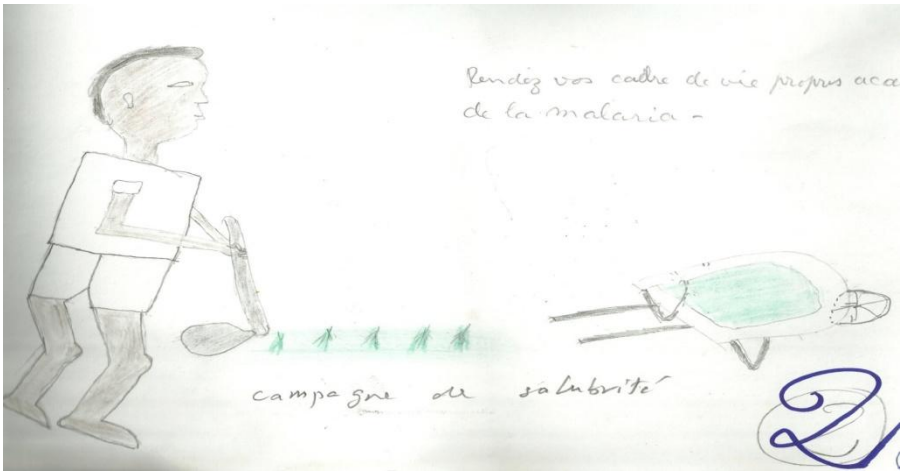


Figure 4



Figure 5



Figure 6



Figure 7

