UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

****

FACULTE DES LETTRES ARTS ET SCIENCES HUMAINES

(FLASH)

****

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

(DPSE)

****

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

Option: Psychologie clinique

PSYCHOTHERAPIE MOTIVATIONNELLE DANS DES SITUATIONS D'ALCOOLISME CHRONIQUE : CAS DE DELIRIUM TREMENS AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE PSYCHIATRIQUE-JACQUOT (CNHUP-JACQUOT) A COTONOU

Présenté par : AKPLOGAN Amélie Delphine

Maître de stage :

Docteur Ornheila ZOUNON

Lieu de stage :

Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique-Jacquot

Année académique : 2014-2015

DEDICACE

Je dédie ce rapport :

-Aux ténors de la psychologie en général, à ceux de la psychologie clinique en particulier, notamment à tous les responsables à divers niveaux du Département de la Psychologie et des Sciences de l'Education, je vous promets de réinvestir l'icône que vous avez été pour moi tout le long du cycle, et que mes prestations respecteront les normes que vous m'avez transmises.

-Aux aboutissants de la psychologie que sont les personnes en situation difficile en générale, pour vous dire qu'il y a encore de l'espoir.

Que les fruits de cette formation me rendent à la hauteur du parchemin et vous procurent pleine satisfaction.

REMERCIEMENTS

Nous adressons toute notre gratitude à l'endroit :

Du Chef du Département de la Psychologie et les Sciences de l'Education le Professeur Rogatien SEGLA et son Adjoint le Docteur Patrick Modeste OGNIN, pour l'opportunité à nous accordée par le choix du Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique de Cotonou-Jacquot (CNHUP Jacquot), dans le cadre de ce stage.

A l'ex-Directeur du CNHUP, le Professeur C. Mathieu TOGNIDE *in memorium* et l'actuel Directeur, le Professeur G. Magloire GANSOU, daignez recevoir nos sincères remerciements, aussi bien pour l'accueil combien chaleureux, que pour les dispositions prises aux fins de nous favoriser l'atteinte des résultats des différents objectifs fixés dans le cadre de ce stage,

A notre Responsable immédiat sur le lieu de stage, le Docteur Moïse DOSSA, chargé du bloc A, aux DES-Psychiatrie, à tout le personnel du CNHUP, infiniment merci de l'attention soutenue à nous accordée et de nous avoir impliquée à toutes les étapes de prise en charge tant des patients, de leurs accompagnants que de tous autres usagers du CNHUP.

Aux collègues stagiaires en psychologie, médecins, assistants sociaux et infirmiers : merci pour votre collaboration et les échanges combien fructueux ;

Au Docteur Ornéla ZOUNON, merci pour votre contribution au perfectionnement du présent rapport.

A tous les patients du CNHUP, recevez nos vœux de prompt et total rétablissement de votre bien-être, et surtout celui de votre réinsertion socio professionnelle.

A vous mon cher époux et mes adorables enfants ;

Toute ma reconnaissance pour votre soutien et votre encouragement à cette noble lutte.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION…… 5

I-CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE…… 7

I.1-Présentation du lieu du stage……... 7

I.2-Rôle et activités au cours du stage…….. 13

1.3-Acquis du stage…….. 16

I.4-Difficultés du stage……. 17

II-REFLEXION CRITIQUE…… 17

II.1-Problématique…… 17

II.1.1-Constats…….. 17

II.1.2-Problème…… 17

II.1.3-Questions de recherche…….. 17

II.1.4-Hypothèses……. 18

II.1.5-Revue scientifique…….. 18

II.2-Objectifs……. 22

II.2.1-Objectif général……... 22

II.2.2-Objectifs spécifiques……... 22

II.3-Méthodologie……. 22

II.4-Résultats……. 31

II.5-Discussions…… 32

II.6-Approches de solution…… 33

Conclusion……. 34

Bibliographie……. 35

Annexes……. 36

INTRODUCTION

Il est un droit inaliénable pour l'homme de pouvoir bénéficier de la protection, de la sécurité et des soins de santé primaire et spécifique pour une qualité de vie, et ce, à travers une bonne santé et un bien-être. Cet idéal dépend aussi bien, de l'environnement, matériel, physique adapté aux besoins réels de la personne humaine en général et surtout des personnes en situation de maladie ou de handicap en particulier, que de l'environnement humain susceptible d'apporter soutien et assistance à ceux qui en ont le plus besoin.

Pour l'OMS, la santé n'est pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité, mais un état complet de bien-être physique, mental et social. Selon Sutter, « C'est également l'aptitude du psychisme à fonctionner de manière harmonieuse, agréable, efficace lorsque les circonstances le permettent, à faire face avec souplesse aux situations difficiles et à rétablir après l'épreuve son équilibre dynamique » (cf. cours de Santé mentale). Malheureusement, il arrive que certaines situations de la vie désorganisent le bien-être chez des êtres humains de sorte que s'installe un handicap congénital (transmis par la mère à l'enfant, depuis l'état fœtal) ou une maladie handicapante évitable, comme la maladie mentale. La Maladie Mentale est une pathologie qui crée un désarroi dans l'entourage du patient. C'est une pathologie qui peut atteindre n'importe qui, à n'importe quel moment, et ceci, dans des situations de vie très difficiles et insupportables, dans les grandes joies aussi, en cas de réussite, de mariage ou de naissance, etc… Alors, quand survient une maladie mentale, un traitement pour soulager le patient et ses proches, en psychiatrie et en psychologie s'impose. Et, en vue d'une réadaptation du patient, de sa famille et pour sa réinsertion socio professionnelle, une psycho éducation, une psychothérapie motivationnelle et une psychothérapie de soutien s'imposent également,

Ainsi, dans le cadre du stage académique : la troisième année de la psychologie, option clinique, du Département de la Psychologie et des Sciences

de l'Education a bien voulu affecter ses étudiants, dans la pratique de l'accompagnement des personnes malades mentales (PMM) du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou. Cette répartition, a permis de découvrir la cible de l'orientation et de contribuer à une prise en charge globale de ces personnes, en synergie, au sein de l'équipe pluridisciplinaire du CNHUP. Pour y parvenir, des objectifs spécifiques bien définis ont été répartis pour la maîtrise en capacités de prise en charge chez le psychologue clinicien de façon ramassée à savoir entre autres :

-Apprécier l'évolution de l'état psychologique des patients alcooliques chroniques en hospitalisation ;

-Mener à terme une psychothérapie motivationnelle.

Pour atteindre ces objectifs, il a fallu s'investir à développer certaines compétences telles que :

- la capacité à l'observation clinique des patients et à reconnaitre les caractéristiques de leurs pathologies sur la base d'une sémiologie appropriée,
- la capacité et l'attitude du psychologue à identifier et à pratiquer des techniques de prise en charge psychologique appropriées à chaque cas, et concourant à la guérison ou tout au moins à l'amélioration de l'état des patients,
- la capacité à intégrer l'équipe pluridisciplinaire de prise en charge,
- la capacité à développer des habiletés à organiser et animer des séances de psychothérapie motivationnelle et institutionnelle, verbale, dans la relation d'aide à la communauté

Le présent rapport sera axé autour des points ci-après :

-le cadre institutionnel du stage (présentation du lieu du stage ; rôle et activités au cours du stage ; acquis du stage);

-la réflexion critique (problématique ; objectifs; méthodologie ; résultats ; discussions ; approches de solution)

I- CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE

I.1-Présentation du lieu de stage

I.1.1-Situation géographique

Ce stage de formation pratique est effectué au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou, dans le Département du Littoral en République du Bénin. Le Centre National Hospitalier de Psychiatrie est situé dans le 12ème arrondissement à Fidjrossè plus précisément dans le quartier Fiyégnon, (ex Jacquot, deuxième rue à gauche après la Pharmacie la Madone ou troisième rue à gauche après Sun Beach Hôtel en allant vers la plage de Jacquot. Le CNHUP est une institution étatique.

I.1.2-Aspect historique

Le site qui abrite le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou ex Jacquot, fut une ferme privée que les autorités territoriales avaient nationalisée dans les années 1930 en vue de la construction de l'aéroport international de Cotonou devenu en 2008 aéroport Cardinal Bernardin GANTIN.

En 1932 il a servi de siège à la société française « JACKY », d'un expatrié nommé Jacquot pour la construction de l'aéroport. Après le départ de la société, les cinq bâtiments précédemment utilisés pour abriter les matériaux de construction ainsi abandonnés, sont transformés en un lazaret, qui recevait les lépreux dans les années 1943-1945.

Entre 1945 et 1947, le centre est désaffecté et abandonné pour n'être réinvesti qu'en 1948 pour héberger les malades mentaux. Ce fut le début des activités psychiatriques dans le centre.

En effet, d'une part, en 1973, avec les ordonnances 71-2 du 01/02/71 et 73-9 du 23/01/73, portant organisation et fonctionnement des services du ministère de la santé publique et des affaires sociales, le centre, autrefois appelé centre aéromaritime de Jacquot, est dénommé Centre National Hospitalier de Neuropsychiatrie, et rattaché à la Direction Départementale de la Santé Atlantique. Le centre d'une capacité théorique de 46 malades à l'époque, accueille de nos jours jusqu'à 140 patients selon les moments. Ces derniers sont installés à trois ou à quatre dans des salles de 2m de long sur 1,2m de large et 3m de haut.

D'autre part, à partir de 1979 un département de psychiatrie et de psychologie médicale à la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Nationale du Bénin, et d'un service de psychiatrie au centre national hospitalier universitaire de Cotonou ont vu le jour. Cette réalisation était à l'actif des Professeurs René G. AHYI, Thérèse AGOSSOU et du Professeur Assistant Comlan ADJIDO.

I.1.3-Le statut du centre

Le centre National Hospitalier de Psychiatrie de Cotonou-Jacquot de par son statut (Décret n°90-348 du 14 Novembre 1990) portant attributions, organisation et fonctionnement, est classé comme organisme public spécialisé à caractère social jouissant de la personnalité juridique et de la semi autonomie financière, est devenu plus tard, un centre de formation des assistants sociaux, des infirmiers, des médecins généralistes, des psychologues et des psychiatres, faisant désormais de ce lieu, un établissement universitaire de prise en charge

des malades mentaux, d'où sa nouvelle dénomination Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique Cotonou (CNHUP ex JACQUOT.)

I.1.4-Objectifs et activités du Centre

Le Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique de Cotonou s'est fixé des objectifs à savoir :

- Prodiguer à toutes personnes souffrant d'une maladie mentale ou en voie de l'être les soins essentiels pour la restauration d'un bon état de Santé mentale dans le respect des règles et de l'éthique médicale.
- Assurer une gestion saine, efficace et transparente suivant les règles administratives assignées et respectant les normes comptables.
- Servir d'appui technique spécialisé au Ministère de la Santé Publique par une interaction constante dans le cadre de choix des technologies aux services des prestations spécifiques promotionnelles de la Santé mentale.

Pour atteindre ces objectifs, le centre mène plusieurs activités dont : l'accueil, la consultation, le traitement, l'hospitalisation, la psychothérapie, la réadaptation psychosociale, les réunions institutionnelles, des Ateliers de Réinsertion Sociale d'Expression Artistique (ARSEA), la musicothérapie, la réinsertion socioprofessionnelle des malades mentaux et des toxicomanes, la formation et la recherche scientifique moderne et/ou traditionnelle sur les affections mentales, les services de gardes, les services sociaux, les Staffs cliniques des mardis, les services d'urgences et les psychothérapies.

I.1.5-Population Cible : critères d'admission et prise en charge

Le CNHUP est ouvert pour la prise en charge médicale et psychologique de toute personne présentant de diverses souffrances psychiques et psychologiques de même que les personnes présentant les troubles de

comportement sans distinction de genre, ni de nationalité, et encore moins de race.

Ainsi toute Personne ayant une affection Psychiatrique, ou des difficultés psychologiques, est accueillie au centre qu'elle soit accompagnée par les forces de l'ordre, par un parent, un proche ou non. A l'accueil, une équipe renseigne les usagers selon leurs besoins : renseignements ou prise en charge. Dans le second cas, il y a une fiche administrative à remplir par l'agent qui, informe par la suite l'usager des formalités administratives à savoir : les frais de consultation, une caution minimale de 10 jours en cas d'hospitalisation pour commencer et dont le coût diffère selon le bloc d'accueil, les factures d'ordonnances qui sont réglées en dehors des frais d'hospitalisation et enfin la mise à disposition obligatoire d'un garde malade.

Pour les malades raflés, le service social se charge de gérer au mieux leur cas. Aussi, des certificats d'indigences sont-ils faits pour mettre à leur disponibilité les moyens financiers nécessaires pour la prise en charge médico-psychiatrique.

I.1.6-Infrastructure et cadre de travail

Installé sur une superficie de plus de deux (02) hectares, le centre dispose de 120 lits d'hospitalisation, tous occupés avec un taux d'hospitalisation de 120% du fait des raflés et autres indigents des rues de la ville de Cotonou, qui abondent le centre. Le nombre de malades présents le 14 mai 2015 est de 175 malades dont : 138 hommes et 37 femmes, venant du Bénin et d'autres pays de la sous-région (Togo, Ghana, Nigéria, Niger, Burkina Faso, Mali, Congo, RDC, Cameroun etc.)

Le centre est subdivisé en deux (02) unités de soins à savoir, l'Unité de Soins d'Urgence Psychiatrique (USUP), Unité de Soins aux Toxicomanes (UST), des blocs d'hospitalisation (A, B, C D), et les bureaux administratifs. Les

quatre (04) blocs d'hospitalisation sont administrés par des médecins et des paramédicaux expérimentés. Le centre dispose également d'une pharmacie qui assure la disponibilité de médicaments de spécialité, de même qu'un laboratoire clinique qui réalise des examens en vue de préciser le diagnostic et de définir le type de traitement nécessaire. Le CNHUP dispose en outre de deux salles de réunions ; une pour l'administration à l'étage et l'autre pour les fêtes des malades de même que les manifestations diverses dans la cour au fond du centre à gauche.

I.1.7-Ressources humaines

Le personnel du centre fait un effectif de quarante-deux (42) agents toute catégorie confondue dont vingt-deux (22) sont vacataires et vingt (20) restant, forme l'ensemble des Agents Permanents de l'Etat (APE) et Agents Contractuels de l'Etat (ACE) ; il est répartit à 50% d'hommes que de femmes.
L'ensemble des travailleurs se présente comme suit :

Trois **(03)** médecins psychiatres ; deux **(02)** **T**echniciens **S**upérieurs en **S**anté **M**entale ; une (01) psychologue ; un **(01)** **C**ontrôleur d'**A**ction **S**anitaire une **(01)** **T**echnicienne **S**upérieure d'**A**ction **S**ociale ; quatre **(04)** **I**nfirmiers **D**iplômés d'**E**tat ; trois **(03)** **I**nfirmiers **B**revetés d'**E**tat ;quatre **(04)** Aides-Soignants ; une **(01)** laborantine – Niveau C ; deux **(02)** aides pharmaciens ; un économe ; un **(01)** caissier ;un **(01)** **A**dministrateur du **S**ervice ;une **(01)** opératrice de saisie ;trois **(03)** préposés (agents) des services administratifs ; une **(01)** secrétaire des services administratifs ;deux **(02)** conducteurs de véhicule administratif ;huit **(08)** **A**gents d'**E**ntretien et de **S**ervice ; trois **(03)** gardiens / portiers.

Le personnel médical du Centre National Hospitalier de Psychiatrie travaille en collaboration avec des médecins stagiaires en D.E.S (Diplôme

d'Etude Spécialisée) de psychiatrie, des étudiants en 4ème et 6ème années de médecine de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS / UAC), des stagiaires en psychologie, des stagiaires en éducation spécialisée, et des stagiaires assistants sociaux afin de former beaucoup de professionnels et de donner satisfaction aux patients et usagers qui fréquentent l'hôpital.

I.1.8-Ressources matérielles et financières du centre

Le matériel dont dispose le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie est constitué d'un véhicule Pick-up ; des matériels et équipements hospitaliers (lits d'hospitalisation, appareils de laboratoire, etc) ; des matériels et mobiliers de bureaux (tables, chaises, armoires).

Le Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique de Cotonou-Jacquot dispose de trois (3) sources de financement qui sont les ressources allouées chaque année par l'Etat, les fonds propres du centre et les recettes venant des bienfaiteurs du centre.

I.1.9-Organisation du travail

Au Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique (CNHUP) Jacquot, le service journalier est subdivisé comme suit : une équipe qui assure la permanence de 8 heures à 16 heures. Une seconde équipe prend le relai à partir de 16 heures jusqu'à 8 heures du lendemain matin. Les Professeurs et les Docteurs consultent les nouveaux cas, surtout les lundis.

I.1.10-Difficultés liées au fonctionnement du Centre

Le CNHUP de Cotonou, unique hôpital national spécialisé dans la prise en charge des maladies mentales, dispose de nos jours d'un nombre insuffisant de personnel de santé qualifié, d'auxiliaire de santé, de psychologues et de

personnel administratif intervenant dans la prise en charge adéquate des malades aussi bien les jours ouvrables, les jours fériés que les week-end.

On note par ailleurs, l'absence de subvention des médicaments du Centre qui coûtent trop cher pour la plupart des malades ; ce qui entraîne la non observance thérapeutique, et, par voie de conséquences, les cas de rechutes sévères et donc plusieurs épisodes de crises, d'hospitalisations et de chronicité.

Les locaux servant de bureaux et de salles d'hospitalisation, sont vétustes, en dehors des salles dites Rotary, et dotés de mobiliers et équipements en mauvais état de fonctionnement. Les agents de santé qui y travaillent disposent de peu de mobiliers et d'équipements modernes de travail leur permettant de bénéficier d'un cadre adéquat de travail.

I.2-Rôle et activités au cours du stage

Le CNHUP de Cotonou mène plusieurs activités dans la prise en charge des pathologies mentales. Pour atteindre les objectifs du stage, des activités ont été sélectionnées dès le début. A cet effet, il a été organisé des roulements dans les services suivants : Service de santé mentale/service d'Accueil-Attente, Service de psychothérapie, Pavillon de consultation et d'urgences du service de santé mentale et Pavillon d'hospitalisation du service de la santé mentale**.**

I.2.1-Les activités du stage

1.2.1.1-Description des activités

Les stagiaires en psychologie clinique, ont intégré l'équipe de psychiatrie. Ladite équipe est composée de trois psychiatres, trois DES en psychiatrique, des infirmiers, deux psychologues, des étudiants en médecine, en assistance sociale et en infirmerie. Chaque membre de l'équipe a son rôle à jouer dans les diverses activités du centre.

1.2.1.1.1-A l'accueil,

Il y est pratiqué la mise en condition des patients et leurs accompagnants. Des renseignements sont donnés à ceux qui en ont besoin, des dossiers établis aux nouveaux patients, en remplissant un formulaire d'identification, puis leur introduction dans la salle de consultation. C'est aussi l'étape de recherche de dossier des anciens malades venus pour contrôle. Ils sont orientés vers leurs soignants. A la fin des consultations, les dossiers sont classés. Le temps passé à l'accueil a été une opportunité d'observer, d'écouter, et d'aider les patients.

1.2.1.1.2-A la consultation

La même équipe reçoit le patient, soit pour une première fois, soit pour un contrôle soit encore pour une rechute. L'entretien est dirigé par le psychiatre, qui fait intervenir les autres membres suivant leur formation. Les stagiaires en psychologie clinique, interviennent pour les aspects psychologiques. Au départ du patient, ils participent à la conclusion diagnostique.

1.2.1.1.3-Au service de garde

Composée d'un DES en psychiatrie, d'un infirmier, de deux étudiants en médecine et de deux stagiaires en psychologie clinique, l'équipe de garde reçoit en urgence les patients de nuit, et les raflés (des malades ambulants ou des toxicomans), fait le tour dans les blocs d'hospitalisation, règle les questions d'injection, de psycho éducation, et de psychothérapie motivationnelle, de 20 heures à 8 heures le lendemain.

1.2.1.1.4-A l'hospitalisation,

Le programme établi dans ce service, a offert l'opportunité de rendre visite aux patients y séjournant, en équipe comme individuellement. Dès que l'occasion s'offre, on s'approche des patients dont le tableau clinique est

psychologique, pour les écouter, pour des apports à l'entretien. Au besoin, un recours au responsable de bloc, ou à un aîné aide à résoudre l'énigme. Par ailleurs, l'examen minutieux du dossier de certains patients, approfondit l'entretien et permet de mieux comprendre ces derniers et leurs parents, notamment dans les cas de difficultés de retour en famille afin de les orienter dans le choix de la décision au profit des patients.

1.2.1.2-Outils de travail

Afin de prendre en charge des patients et de conduire une psychothérapie à terme, nous avons usé des outils que voici :

- L'entretien

C'est une écoute bienveillante couplée d'une attitude empathique vis-à-vis du patient et de ses accompagnants. Il se fait avec le patient, et tout autre individu ayant quelques connaissances à propos de la maladie. L'entretien permet de remonter à la genèse de la symptomatologie pour en connaître la raison du départ et les autres éléments déclencheurs qui l'entretiennent dans l'environnement du patient. Il facilite également au départ, l'identification de pistes de recherche pour poser un bon diagnostic, et d'opérer un meilleur choix de traitement.

Il y a été également appliqué la psychothérapie motivationnelle, qui est une approche de six étapes dont le cycle comprend une étape cognitive où le patient est informé pour aller plus loin,

- L'observation du patient

Commençant dès la prise de contact, elle se poursuit chez un patient à bonne observance thérapeutique, jusqu'à sa réadaptation et à sa réinsertion socioprofessionnelle totale. Elle tient compte de : la tenue vestimentaire et

corporelle, la mimique, le comportement, le contact que le patient établit avec le praticien, et bien d'autres paramètres. L'observation participe aussi d'un bon diagnostic qu'elle permet de confirmer à l'issue de l'entretien. Elle a servi à savoir à quel type de test soumettre les patients.

❖ Les tests

C'est un ensemble d'outils d'identification de la personnalité du patient, de sa performance, de son efficience, de son intelligence, de son aptitude et surtout de diagnostic ou de recherche. Ils sont composés entre autres de questionnaire et de score.

❖ Les psychothérapies

Les psychothérapies les plus utilisées sont : cognitivo-comportementales, systémiques familiales, humanistes existentielles la psychothérapie motivationnelle, la psychothérapie d'inspiration analytique et de la psychothérapie de soutien.

I.3-Les acquis du stage

Ce stage, malgré sa durée a permis d'acquérir, les différents types de psychothérapies, les différents outils du psychologue clinicien, la démarche et les conditions d'un bon entretien. Il a permis une meilleure connaissance des facteurs déclencheurs des divers types de psychopathologie. Il a par ailleurs favorisé la compréhension du mal que la Société et la famille font au patient, en le marginalisant. Il a mis en évidence le problème que constitue pour certains patients le retour en famille. Aussi, ce stage a-t-il permis de cultiver l'empathie pour rester psychologue et éviter toute déviance.

Au contact de cette réalité du terrain, on peut dire enfin qu'au stage, le processus de prise en charge des patients et les cours théoriques sur les psychopathologies sont plus compréhensibles.

I.4-les difficultés du stage

Les difficultés sont notamment liées à la durée du stage qui est trop courte. Cela n'a pas favorisé une abondante manipulation des outils du thérapeute. Toutefois, il a été organisé quelques exercices selon l'un ou l'autre des objectifs prévus pour le stage.

II-Réflexion critique/Etude de cas

Le stage au CNHUP a aussi permis de faire beaucoup d'observations dans le cadre de la réflexion critique.

II.1-Problématique

II.1.1-Constats

Entre autres observations, on note que : beaucoup de patients admis au CNHUP sont des alcooliques, que certains patients sont des alcooliques chroniques. En outre, quelques-uns des patients sont en crise de sevrage alcoolique.

II.1.2-Problème

Il ressort de cette situation, la problématique de la prise en charge psychologique de l'alcoolisme en milieu psychiatrique. Ladite problématique a permis d'identifier un problème fondamental: celui de l'alcoolisme chronique.

II.1.3-Questions de recherche

Ce problème suscite quelques questions à savoir :

-Premièrement, qu'est-ce que l'alcoolisme chronique ?

-Deuxièmement, quelles en sont les causes et les conséquences ?

-Troisièmement, quelle en est la corrélation avec le delirium tremens.

-Et pour finir, quelles thérapies pour la prise en charge d'un patient alcoolique chronique ?

II.1.4-Hypothèses

Ces préoccupations majeures poussent à des hypothèses telles que :

-L'alcoolisme chronique est une forme de psychopathologie.

-Le delirium tremens en est une complication

-Le delirium tremens est un trouble neuropsychiatrique.

-La psychothérapie motivationnelle a un impact sur le traitement du delirium tremens.

Ces hypothèses ainsi formulées ont aidé à réaliser une enquête sur les patients hospitalisés au CNHUP, et à l'aide de certains outils de psychologue, des analyses ont été effectuées.

II.1.5- Revues scientifiques

Dans le cadre de cette recherche, le problème relatif au sevrage alcoolique est fondamental. En effet, sa résolution permettra de prendre en considération les autres. Et, la CIM 10, décrit pour la première fois en 1813 le delirium tremens comme une conséquence neurologique sévère liée au syndrome de sevrage d'alcool, qui survient chez 5 à 10 % des alcooliques en sevrage. Mais au préalable, qu'est-ce que l'alcoolisme chronique ? Selon nos propres recherches, 0/50 soit 00/% femmes sont alcooliques et 45/50 hommes, soit : 90 % des hommes dont des adolescents (3/10, soit 30%) sont alcooliques (et 1/10 soit 10%) alcooliques chroniques, 3/50 soit : 6/% sont en crise de sevrage. Selon nos analyses épidémiologiques fondées sur la quantité de boissons alcoolisées, 6% de notre population sont confirmés alcooliques chroniques.

Lorsque la consommation d'alcool entraîne des modifications des réactions psychiques et/ou physiques, on parle de mésusage ou d'abus d'alcool. Lorsque l'abus d'alcool entraîne un besoin irrésistible et un état de dépendance, on parle d'alcoolisme ou de toxicomanie. Mais le terme «toxicomanie» a été remplacé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par la notion de «dépendance». Il faut distinguer la dépendance psychique, à savoir un désir puissant et irrésistible de consommer une certaine substance, de la dépendance physique, caractérisée par la nécessité d'augmenter les doses, associée à des réactions de sevrage.

La transition entre la dépendance psychique et physique est floue. Lorsque la consommation régulière d'alcool est interrompue par un évènement extérieur comme une hospitalisation, les signes typiques de sevrage (agitation, tremblements, nausées et vomissements) se manifestent. Dans les cas graves, des crises d'épilepsie peuvent survenir et aboutir à un delirium tremens. En plus des tremblements et des vomissements, le tableau clinique du delirium tremens inclut également des hallucinations, des tressaillements musculaires et des convulsions pouvant aller jusqu'au coma.

Les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool atteint un degré tel qu'ils présentent des troubles mentaux notables et des problèmes de santé physique et psychique. Ils ont des problèmes de relations humaines et assument mal leur rôle social et professionnel. Ils peuvent également montrer uniquement des signes avant-coureurs d'une telle évolution.

- **Formes et types d'alcoolisme**

  - Alcoolisme Alpha

Ces personnes boivent pour tenter de résoudre leurs problèmes. Elles sont exposées au risque de dépendance mais parviennent toutefois à contrôler leur consommation d'alcool.

  - Alcoolisme Bêta

Ces personnes sont des buveurs occasionnels qui ne souffrent d'aucune dépendance. Elles sont toutefois exposées aux complications de la consommation excessive d'alcool comme les lésions hépatiques et les gastrites**.**

  - Alcoolisme Gamma

Ces personnes sont à la fois dépendantes physiquement et psychiquement. Elles ont perdu le contrôle sur leur consommation d'alcool. Et, c'est ce cas qui l'objet d'études dans le présent rapport.

La psychothérapie motivationnelle, est mise au point par William MILLER et Stephen ROLNICKE, tous deux psychologues il y a quelques années. Selon eux, c'est un style d'approche relationnelle qui ne nécessite pas d'être un psychothérapeute expérimenté pour l'appliquer. En effet, au nombre des mesures à prendre par le patient dans le cadre du sevrage d'alcool figure l'accompagnement psychologique d'où : le choix porté sur la psychothérapie motivationnelle dans le cadre du présent rapport.

Comme avantages, la psychothérapie motivationnelle permet d'aller au rythme du patient les solutions trouvées sont 100% dues au patient, sans aucune suggestion du thérapeute. Elle permet de comprendre les conflits enfouis en profondeur. Et, comme inconvénients, cette cure psychanalytique dure très longtemps, généralement plusieurs semaines et le cadre logistique est très strict, impliquant souvent plusieurs séances par semaine. Enfin, les résultats prennent du temps à apparaître, car le thérapeute ne suggère pas de solutions à son patient.

Mais, pour réussir ce nouveau style d'approche relationnelle, James PROCHASKA et Carlo DI CLEMENTE ont ensuite ajouté le modèle de changement décrivant les étapes qui mènent au changement. En effet un changement (et surtout le maintien) ne s'obtient pas d'un coup. Il se fait par étapes. Ne pas tenir compte de ces différentes étapes et de leur sens aboutit souvent à l'essoufflement du thérapeute et à la démotivation du patient. Pouvoir recadrer où se situe le patient dans son cycle motivationnel permet à chacun de ne pas vivre les résistances aux changements comme des échecs mais comme un processus inhérent à la prise de décision. Le plan d'actions d'un entretien motivationnel doit viser un but SMART. En effet, le patient doit se demander: Quel est le changement que je compte faire? (Le but doit être Spécifique, Mesurable, Attirant, Réaliste, et mesuré dans le Temps). Comme principes en psychothérapie motivationnelle, notons : l'empathie, le pour et le contre des abus de substances ou des alternatives, l'éviction la persuasion directe avec le patient et l'affrontement ou la menace, le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle en pointant chaque petit pas gagné plutôt qu'en pointant ce qui reste à faire ou ce qui ne va pas, le renforcement de la liberté de choix, les questions ouvertes pour éviter les questions fermées, la reformulation des paroles du patient, et la prise de conscience des conséquences personnelles, familiales et sociales de la problématique et à chaque fois on fera un résumé de l'entretien et de ses interactions

Cycle motivationnel

Il comprend six étapes que sont :
1être informé pour aller plus loin, être personnellement concerné, être ambivalent, décider d'agir et demander de l'aide, persévérer, et être découragé. A chacune de ces étapes correspond une stratégie au cours de l'entretien motivationnel.

Encore faudra-t-il aborder le patient avec stratégie.
Premier entretien : Soit le patient arrive spontanément avec la problématique et tant mieux, soit le patient n'en semble pas conscient. Dans ce cas :

- Exposer les faits sans jugement et demander ce qu'il en pense ;

- Explorer à quel stade motivationnel il peut se trouver.

1. Le patient est au premier stade c'est-à-dire que soit il n'est pas au courant soit il ne se sent pas concerné : dans ce cas la stratégie est informationnelle et empathique.
2. Le patient est au deuxième stade c'est-à-dire qu'il sait que cela le concerne mais il n'est pas prêt à changer de style de vie : dans ce cas la stratégie continue à être informationnelle d'une part et d'autre part d'écoute de soi.
   Exemple :

3. Le patient est au troisième stade celui de *l'ambivalence*. La stratégie d'intervention sera cognitive et expérimentale étape par étape. C'est à ce moment qu'il est souvent opportun de proposer un spécialiste qui le coachera.
4. Le patient est au quatrième stade celui de la décision. Il faut également un plan de bataille et un coach. La stratégie implique donc de planifier le sevrage et de demander de l'aide à quelqu'un de compétent.
5. Le patient est au cinquième stade, il a arrêté mais il doit persévérer dans sa décision. Les stratégies à mettre en place à ce stade sont les supports qu'il peut recevoir de pairs ou de professionnels et ses nouvelles sources de plaisir.
6. Le patient est au sixième stade celui de la *rechute*. A ce stade la stratégie sera déculpabilisante, empathique et privilégiera l'analyse fonctionnelle. Il s'agit, en effet, de faire de la rechute non pas un échec, mais une étape permettant le plus rapidement possible de reprendre le processus. Ne jamais désespérer, si lentement qu'aille le patient à vos yeux et quels que soient le nombre de rechutes. Un processus motivationnel peut prendre aussi de nombreux mois.
   1. Soutenir le patient régulièrement
   2. Ne pas hésiter à faire appel à de l'aide, question de ne pas s'essouffler seul dans ce suivi.

II.2-Objectifs

II.2.1-Objectif général

La présente recherche vise le soulagement des souffrances psychiques chez les patients du CNHUP Jacquot, par un accompagnement psychologique, en vue de le rendre plus performant.

II.2.2-Objectifs spécifiques

Comme objectifs spécifiques, il a été question, d'analyser d'abord les causes profondes et les conséquences néfastes de l'alcoolisme chronique, ensuite de rechercher effet de la psychothérapie motivationnelle, pour enfin la proposer en perspective.

Les objectifs ici supposent quelques raisons pouvant justifier les problèmes soulevés.

II.3-Méthodologie

La réalisation d'une étude sérieuse nécessite du chercheur une méthodologie adaptée et précise. Il est donc impérieux dans le cadre de cette étude d'élaborer une méthodologie prenant en compte les différents paramètres qui entrent en jeu. A cet effet, la nature de l'étude est principalement qualitative basée sur un entretien. Néanmoins, pour l'appuyer il y a eu recourt à des données quantitatives reposant sur l'élaboration d'un questionnaire et l'utilisation de différents tests et autres outils.

La population cible étant composée les patients du CNUP Le questionnaire est adressé à ceux accueillis dans la période de notre stage ou juste un peu avant. Ils ont été soumis au questionnaire à remplir et retourné sur le champ. Des séances d'entretien ont été également organisées pour chaque individu sur la base du test DETA.et ou du test AUDI. Pour le traitement des

données recueillies il y est appliqué, une analyse des données qualitatives et une exploitation des données quantitatives.

De l'analyse des résultats d'enquête, il ressort que l'addiction à l'alcool est une forme de psychopathologie. Au nombre de ses conséquences figure le délirium tremens. Aussi le delirium tremens est-il une complication neuropsychiatrique dont voici une illustration :

- **Cas du patient T. J.**
  - Identité du patient

Patient T.J. âgé de 42 ans, de sexe masculin, domicilié à Tchonvi (Ekpè), transitaire, d'ethnie wxla, de religion chrétienne protestante, divorcé sans enfant, reçu sous cohorte familiale, le 1er avril 2015.

  - Motif de la consultation

Hallucination visuelle et insomnie totale

  - Anamnèse

Le début remonte à 4 jours avant son admission pour insomnie totale. Il crie : « Ils viennent ! Ils viennent ! », Et fuit. Il ne dort pas, et soliloque. Il fut amené dans une église protestante pour des séances de prières. Il a également consulté dans un hôpital local où un traitement fait de déparasitant, vitamine, paracétamol et autres soins non précisés, il y a 5 jours. Sous traitement, on note une amélioration aux plaintes somatiques, pâleur, céphalées…

  - Antécédents

→Personnels

Psychiatriques: intoxication alcoolique depuis 3 ans

Médicaux : néant

Chirurgicaux : néant

→Familiaux

Psychiatriques : néant

- Biographie

●Parents

-Père : T.J. décédé en 1993

-Mère : D.L. 60 ans, cultivatrice, résident à Tchonvi, mère de 6 enfants

-Fratrie : le patient est le 2ème d'une fratrie de 6 enfants

1er T.A. 46 ans, agent d'entretien, domicilié à Jéricho

2ème Le patient 42 ans

3ème T. F. 37 ans, coiffeuse domiciliée à Djeffa

4ème T.E. 30 ans cuisinier résident au Nigéria

5ème et 6ème décédé pour des raisons non précisées

- Développement du patient

-Conception, grossesse et accouchement : la grossesse aurait été désirée et se serait bien déroulé. L'accouchement aurait eu lieu par voie basse et le nouveau né n'aurait pas été réanimé.

-Développement psychomoteur : serait normal

-Enfance se serait déroulée sans particularité

-Milieu éducatif : le patient aurait été éduqué avec ses 02 parents jusqu'à l'âge de 19 ans où il perdit son père

-Scolarité : débuté à 6 ans, par le CI

Il n'aurait pas repris de classe. Il aurait interrompu sa scolarité, après le décès du père, en classe de 4ème au collège

-Sexualité et adaptation sentimentale:

L'âge de la puberté n'a pu être précisé ; l'âge du 1er rapport sexuel non plus

Le patient aurait eu plusieurs relations sentimentales et sexuelles. Il aurait rencontré une première femme qui l'a quitté après 3 années de vie conjugale sans enfant ; de la même façon, une 2ème femme l'a quitté il y a environ 6 mois. Aussi, une 3ème vient-elle de le quitter pour raison d'infécondité, il y a environ 02 mois

Le patient est divorcé, sans enfant.

- Evènements marquants

-Positifs :

La vie au cours primaire et celle en camaraderie au cours secondaire

-Négatifs :

Le décès du père, l'infécondité et les divorces multiples

Les humiliations et moqueries pour alcoolisme

- Enquête sociale

Selon la mère et les frères, le patient est sociable, mais nerveux. Ils le décrivent comme un enfant innocent et inoffensif, jovial ; mais, devenu dépendant de l'alcool depuis le décès du père où, devenu plus colérique, il refusa de continuer les cours au collège. Il a vécu avec trois femmes l'une après l'autre, qui se sont séparées de lui pour infécondité, pourtant résolue dans le lit de leurs nouveaux

époux. Environ deux semaines avant la maladie, il aurait arrêté totalement la prise d'alcool.

- Demande du patient

-Demande consciente : il veut guérir et arrêter l'alcoolisme

-Demande inconsciente : il veut avoir une femme et des enfants pour une heureuse vie conjugale

- Examen psychiatrique

-Présentation

Tenue : correcte

Mimique : hypomimie Contact : assyntone

-Troubles psychomoteurs : agitation, dévêtissement, tremblements des extrémités

-Trouble instinctuels : insomnie totale, anorexie, amaigrissement

-Trouble des conduites sociales : hétéro agressivité verbale et physique

-Trouble des conduites addictives : consommation abusive (un à un litre et demi) d'alcool et jusqu'à un cassier de petites bouteilles de bière, mais arrêtée depuis environ deux semaines

-Trouble des fonctions supérieures :

Langage : bradyphémie, mutisme électif avec parfois quelques paroles évoquant une thématique délirante persécutive

-Trouble de la pensée : bradypsychie

Trouble du cours de la pensée : fading

-Trouble de la mémoire : paramnésie

-Etat émotionnel : labilité (humeur mixte)

-Trouble des fonctions perceptives : hallucinations visuelles (zoopsie sur le chat)

-Troubles des fonctions symboliques : soliloquie

- Structure de la personnalité

-Mécanismes de défense : le déni de la maladie au début (ignore comment et pourquoi il est arrivé aux soins), la projection (il attribue les raisons de sa pathologie à une tierce personne)

Symptômes : troubles de l'humeur, troubles somatiques, amaigrissement

-Epiphénomène : néant

Conclusion: une structure névrotique

- ✓ Résumé syndromique

-Un début remontant à 04 jours avant l'admission,

-Un syndrome dépressif : insomnie, anorexie, amaigrissement ;

-Troubles psychomoteurs : agitation et tremblements des extrémités,

-Trouble des fonctions instinctuelles : insomnie, anorexie,

-Trouble des fonctions perceptives : hallucinations avec zoopsie,

-Trouble des fonctions symboliques : soliloquie,

-Trouble de conduites sociales : agressivité verbale et physique,

-Troubles des conduites addictives : consommation abusive d'alcool,

✓ Hypothèse diagnostique

Ce patient fait-il une crise d'intoxication éthylique aigüe ? Un syndrome confusionnel ? Ou plutôt fait-il une bouffée délirante aigüe indépendamment de son alcoolisme?

✓ Discussion diagnostique

Devant la reconnaissance des différents troubles, et l'absence de symptômes clairement psychotiques et soutenus par la sémiologie, notamment une bouffée délirante, nous pouvons statuer sur un tableau clinique de la bouffée délirante.

Devant la notion d'alcoolisme chronique, et les symptômes observés, avec pour prélude un effort de sevrage brusque de l'alcoolisme, une zoo-optie notamment liée au chat avec un tremblement des extrémités, nous avons pensé à une complication neuropsychiatrique d'un alcoolisme chronique.

✓ Diagnostique retenu

Une complication neuropsychiatrique de l'alcoolisme chronique, couplé d'un ***Delirium tremens***

✓ Intérêts

-Résolution des difficultés à poser un diagnostic clair et précis

-Thérapeutique liée au sevrage brusque d'alcoolisme chronique

-Socio professionnel, lié aux conséquences nocives de l'alcoolisme sur la vie scolaire, professionnelle, familiale et sociale chez les patients.

- ✓ Analyse psychologique du patient

La grossesse du patient serait désirée par les géniteurs et la période de gestation se serait déroulée sans difficulté. Les stades oral, annal, phallique, de latence et même celui adolescentaire se seraient déroulés dans une bonne ambiance familiale.

Mais à la puberté, à l'âge de 19 ans, le décès du père aurait entraîné le patient à un début d'alcoolisme. Il n'aurait pas redoublé de classe, malgré ses dix-neuf ans en lasse de 4ème Cependant, on note dans son parcours scolaire, un retard de quatre années. Il aurait abandonné les cours en classe de 4ème (on est curieux de savoir si, la mère et les frères ne sont pas dans le déni de ses échecs scolaires). Il a commencé la fréquentation de quelques jeunes transitaires de sa communauté. Impressionné par leur facilité à se procurer de l'argent. Il se serait aidé par ces derniers pour devenir transitaires. Cette opportunité d'affaire, lui aurait donné une capacité financière, et l'aurait beaucoup plus enfoncé dans l'alcoolisme constitué de ; bière (jusqu'à un casier de petites bouteille par jour), Rhum, Gin (Stork Royal), de Pastis, en consommation, et de Sodabi (parfois jusqu'à un litre par jour, notamment en cas de fête).

Le patient n'aurait jamais consommé de la drogue et n'aurait jamais fugué. Il se serait séparé de trois femmes, avec lesquelles il aurait vécu régulièrement pendant; 3 ans pour la première, sans précision pour la deuxième, et 6 mois pour la troisième. Il résulte de cette dernière information, que la toxicité de l'alcool a beaucoup impacté la santé physique, psychique, l'emploi et la vie conjugale et sociale du patient.

En effet, d'une part, de son incapacité à se rendre au travail, ressort une atteinte évidente de ses forces physiques, de son apparence physique et ses troubles. On note également une atteinte de sa personnalité Enfin, son incapacité

de procréer rend compte des perturbations hormonales engendrées par la toxicité alcoolique.

D'autre part, l'aspect global de la perturbation de son état, sous l'alcoolisme, se caractérise par la détérioration de l'intellect, et de la mémoire, l'activité syntaxique et verbale ; le contrôle de soi se réduit, et le patient devient irrité et agressif. Sur le plan éthique, on constate chez le patient, la destruction psychique des fonctions supérieures : la désadaptation socioprofessionnelle et morale s'installe. Le patient ne respecte plus ici, ni sa mère, ni son grand frère, et ne s'occupe plus de rien. En effet, « L'agressivité sert aussi la sexualité, en privilégiant le couple. La solution la plus économique et maturante est la mentalisation. Par la mentalisation, le Moi élabore des solutions acceptables pour satisfaire à la fois la pulsion et les exigences du Surmoi. A contrario, quand il y a "*agir*", il y a eu débordement du Moi. Le passage à l'acte a rompu la mentalisation. C'est le comportement répétitif et privilégié du psychopathe. Étant liée à une pulsion, l'agressivité aura une source, un but et un Objet. Sa source pourra être la peur (frustration, échec, danger, dépendance), ou le plaisir (sexualité comme dans le sadisme, sublimée dans une réussite). Il se crée alors une relation Œdipienne, car la lutte a un caractère Œdipien triangulaire (Moi, Autre, Objet). C'est le meurtre symbolique du père. L'Objet pourra être réel ou imaginaire (dans le cas du bouc-émissaire, il y a déplacement de l'agressivité vis à vis d'un Objet imaginaire, souvent nous-mêmes, sur un Objet réel, en l'occurrence l'autre). Le but sera d'éliminer la tension (passage à l'acte, mentalisation, sublimation, symptômatisation).

Et c'est le cas de notre patient, qui dans un monde imaginaire, retourne à l'angoisse existentielle de l'adolescence *a priori* traversée sans particularité, s'en est pris violemment à son frère aîné, depuis le départ de sa 3ème épouse. Mais, celui-ci ayant fait le discernement, a vite opté pour une psychothérapie moderne.

Les caractéristiques fondamentales des effets de l'alcoolisme et en particulier dans le cadre d'un sevrage non progressif, ce sont les idées et sentiments de jalousie. Ces idées conduisent à un délire, ayant pour thème la persécution, des hallucinations câblées sur le chat, avec des tremblements aux extrémités. Le sujet projette la situation et introduit des tiers imaginaires qui lui en veulent jusqu'à la mort. La décompensation d'une telle structure, ne peut augurer que le diagnostic établi.

- ✓ Conclusion du cas clinique

Reçu le 1er avril 2015, pour agressivité physique et propos incohérents, notamment dans des hallucinations et une zoo-optie. Il est hospitalisé pour une première fois pour des troubles neuropsychiatriques. Comme diagnostique, nous avons noté: Une complication neuropsychiatrique de l'alcoolisme chronique, couplé d'un ***Delirium tremens,*** dont la régression est rapidement remarquable (en 3 semaines), dans une approche motivationnelle, une psycho éducation pour le patient et ses parents, une bonne observance thérapeutique et un retour joyeux en famille.

II.4-Résultats

Avec les résultats de notre étude, nous pouvons noter :

D'une part, que l'alcoolisme chronique est une forme de psychopathologie et que le delirium tremens en est une complication. D'autre part, que la psychothérapie motivationnelle impacte positivement le traitement du delirium tremens.

On note pour ces résultats : la prévalence élevée des patients en sevrage éthylique et d'utilisation d'un score, l'amélioration significative sur la prise en charge du patient et une corrélation a été prouvée entre la psychothérapie motivationnelle et la chimiothérapie comparativement aux résultats d'autres patients ayant été traités précédemment avec la chimiothérapie seule. Comme

limites, le recensement raisonné des patients alcooliques, le temps relativement court pour la recherche et l'exercice de la pratique de l'entretien motivationnel.

II.5-Discussions

De l'analyse des données d'enquête, il ressort que la mise en œuvre de la psychothérapie motivationnelle a un impact positif sur le traitement de l'alcoolisme chronique.

Ainsi, l'hypothèse selon laquelle la psychothérapie motivationnelle impacte positivement le traitement du delirium tremens est confirmée.

Pour en discuter, il est à noter que sur les cinquante (50) patients enquêtés, un (1) seul a été observé. Son consentement a été éclairé avant tout. Il a été également rassuré de la confidentialité de ses réponses. Il est évalué à l'admission après une heure et après 4 h. L'observation a pris en compte également les habitudes du service (hydratation, vitamine et benzodiazépines)

L'algorithme pratique se présente comme ci-contre:

Prise en charge du sevrage éthylique, patient arrivé aux urgences : évaluation diagnostic du sevrage éthylique, vitamine B1 systématique, identification du stade motivationnel, entretien motivationnel, suivi et évaluation de sortie d'hôpital, et revu deux fois sur rendez-vous pour contrôle d'observance thérapeutique et d'efficacité de la thérapie.

La technique a été d'échantillonnage, pour avoir sélectionné 50 patients de la tranche d'âge allant de 14 à 45ans.

Le diagnostic retenu pour le cas de l'étude étant le delirium tremens, pour lequel la psychothérapie motivationnelle est indiquée, et l'analyse des données recueillies, ont confirmé toutes nos hypothèses.

Pour conclure**,** l'alcoolisme reste un problème de santé publique. Ses conséquences sont importantes aussi bien sur le plan de la santé que sur le plan socio-économique. Toutefois, il reste curable s'il est précocement diagnostiqué.

Pour ce faire, la psychothérapie motivationnelle en est un bon moyen pour la prise en charge des patients alcooliques et surtout ceux présentant des signes d'alerte ou un syndrome du delirium tremens.

II.6-Approches de solution

Comme approches de solutions, la psychothérapie motivationnelle, et le recrutement d'un nombre suffisant de psychologue, en vue de contribuer à l'amélioration significative de la prise en charge psychologique des patients du CNHUP en général et spécifiquement, ceux alcooliques s'avèrent indispensables.

Par ailleurs, pour une amélioration du travail au CNHP il serait souhaitable de :

►organiser les jeux de société (cartes, adji, ludo, dame, monopooly, scrabble, les verres et les échelles, cerceau, etc) au niveau des différents reposoirs des patients et de leurs parents ou gardes malades afin de leur éviter l'ennui et le stress, source des conduites addictives.

►mettre en place quelques activités socioéducatives pour occuper de temps à autre les Personnes Malades pour éviter qu'elles ne vivent éternellement dans une oisiveté.

►créer un creuset national pour la mise en œuvre de la psychothérapie motivationnelle, la visibilité et une perception positive des psychologues (ordre des psychologues); et d'autre part, la création d'antennes d'équipes pluridisciplinaires de prise en charge en psychothérapie, pour une régression considérable des psychopathologies en République du Bénin.

CONCLUSION

Il est important de noter que ce stage a beaucoup éclairé sur la santé mentale et les types de psychopathologie. De même, il a permis de noter que notre contribution en tant que psychologue clinicien dans la psychothérapie s'avère nécessaire. Ainsi, les outils de prise en charge en psychothérapie, les atouts de l'approche motivationnelle en psychothérapie, et la conduite à tenir dans une prise en charge sont désormais indispensables.

La requête auprès des Personnes Malades Mentales nous a permis de mieux connaître cette cible en général et en particulier, celle présentant un tableau clinique de *delirium tremens,* de s'en occuper de façon plus spécifique, et ce avec leur consentement. Ce qui a également permis de développer quelques capacités comme : la disponibilité, l'écoute attentive, les principes de la psychothérapie motivationnelle, l'empathie à leurs conditions afin de mieux les accompagner. Notre action permettra d'amener toute personne ayant perdu certaines habitudes selon les normes de la société, et certaines facultés, à opter pour un traitement, une rééducation et une réadaptation, afin de pouvoir se rétablir, de jouir de ses droits tout en accomplissant ses devoirs familiaux, professionnels et sociaux.

BIBLIOGRAPHIE

-Henri EY, Bernard P, Brisset CH, Manuel de psychiatrie. Masson ; 6Eme éd. 1989 ; 9456 : 408-27.
-Suguay R, Ellenberger HF et coll. L'alcoolisme : Qu'est-ce que l'alcoolisme. Précis de psychiatrie. 1981 : 247-64
-Bouvenot G, Devulder B, Guillevin P, Queneau A, Schaeffer. Pathologie médicale. Masson; 3 : 394-97.
-Recommandations de la SFA 2003- Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque- Usage nocif. Alcoologie et addictologie .2003 ; 25 (4S) : 1-92.
-Deniker P, Lemperière TH, Guyotat J. Précis de psychiatrie de l'adulte. Paris : Masson, 1980 : 320-67.
-Neiman J. Alcohol as a risk factor for brain damage: neurologic aspect- Alcohol clin Exp Res. 1998; 22: 346S-51S.
-Bouvenot G, Devulder B, Guillevin L, et al. Addictions : Alcoolisme. Abrégés de pathologie médicale. In : psychiatrie. Paris : Masson, 1995: 394-5. 15)
-Abreges J, Cambier M, Dehen H. Neurologie. Masson, 2ème éd: 527- 33.
-Louvain-médical. 2000; 119(6) :134-41.
-Guilbert P. Comparaison de 2 modalités d'enquêtes sur les comportements et attitudes au sujet de l'alcool, du tabac et de drogue illégaux. Rév San Pub 1999. 47 (2): 131-3. 9-60
- Griffin RE, Gross GA, Teitelbaum HS. Delirium tremens: a review. JAMA 1993; 93: 928-32.
-Malignac G. L'alcoolisme. Presse Universitaire Française, Paris, 1984.132.
-Ratobimanankasina Hiarenantsoa Herilanja. L'alcoolisme à propos de 463 cas observés dans l'unité HJRB. Thèse Médecine Antananarivo. 2009; n° 7965
-Ratsifasoamanana Antsamalala. L'alcoolodépendance à propos de 6 cas. Thèse Médecine Antananarivo. 2007; n° 7582.

- https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2009-2-page-91.htm
- http://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-sens-trompes-cerveau-devoile-faiblesses-1770/page/9/
- *www.addictauvergne.fr/echelle-addiction/**audit***

Dernières visites des sites : 8 janvier 2017

ANNEXES

ANNEXE 1

ALCOOLISME CHRONIQUE : TEST DETA

Questions	**Réponses**
Avez-vous déjà ressenti le besoin de **diminuer** votre consommation de boissons alcoolisées ?	• Oui • Non
Votre **entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	• Oui • Non
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **trop** ?	• Oui • Non
Avez-vous déjà eu besoin d'**alcool** dès le matin pour vous sentir en forme ?	• Oui • Non

Résultats :

- **1 seule réponse positive :** votre consommation d'alcool semble occasionnelle et modérée. Vous pouvez facilement vous passer d'alcool sans que cela ne pose de problème particulier.
- **2 réponses positives ou plus :** votre consommation est excessive. Réduisez-la sans tarder pour éviter de développer un alcoolisme chronique (si ce dernier n'est pas déjà installé). Il vous est fortement conseillé de consulter un spécialiste de l'alcool.

ANNEXE 2

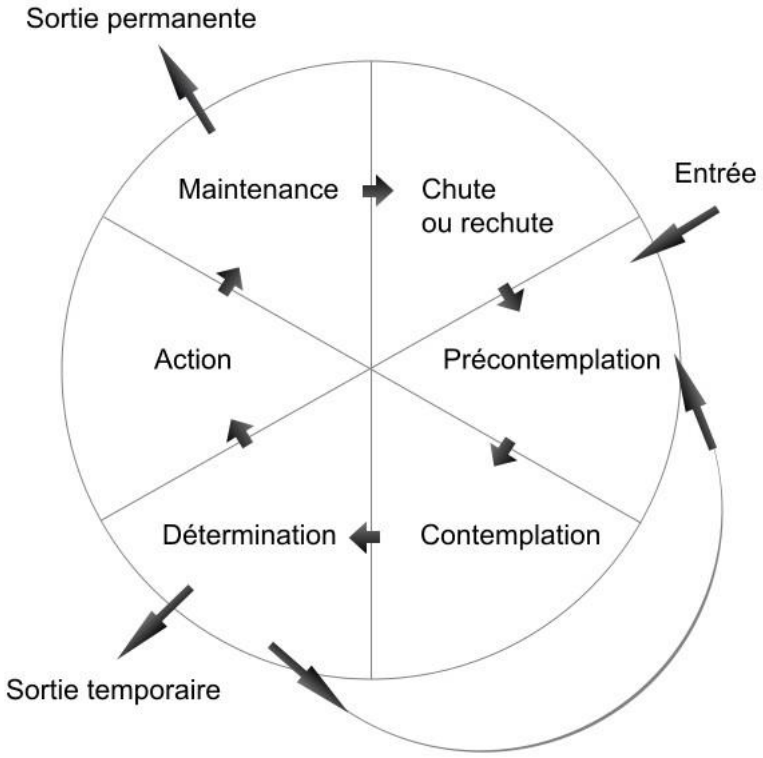
TEST AUDIT (acronyme de Alcohol Use Disorders Test)

Questions : Score :
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?
Jamais 0
Une fois par mois ou moins 1
2 à 4 fois par mois 2
2 à 3 fois par semaine 3
Au moins 4 fois par semaine 4
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
3 ou 4 1
5 ou 6 2
7 ou 8 3
10 ou plus 4
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?
Jamais 0
Moins d'une fois par mois 1
Une fois par mois 2
Une fois par semaine 3
Tous les jours ou presque 4
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé?
Jamais 0
Moins d'une fois par mois 1
Une fois par mois 2
Une fois par semaine 3
Tous les jours ou presque 4
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?
Jamais 0
Moins d'une fois par mois 1
Une fois par mois 2
Une fois par semaine 3
Tous les jours ou presque 4

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?
Jamais 0
Moins d'une fois par mois 1
Une fois par mois 2
Une fois par semaine 3
Tous les jours ou presque 4
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?
Jamais 0
Moins d'une fois par mois 1
Une fois par mois 2
Une fois par semaine 3
Tous les jours ou presque 4
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu?
Jamais 0
Moins d'une fois par mois 1
Une fois par mois 2
Une fois par semaine 3
Tous les jours ou presque 4
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?
Non 0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée 2
Oui, au cours de l'année 4
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?
Non 0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée 2
Oui, au cours de l'année 4

Résultat :
Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool
Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool (Société française d'alcoologie, 2001).

ANNEXE 3


Sortie permanente
Maintenance
Chute
ou rechute
Entrée
Action
Précontemplation
Détermination
Contemplation
Sortie temporaire

ANNEXE 4

FEUILLE DE TRAVAIL

Sur une échelle de 0 à 10, le patient indique le degré de confiance qu'il a en sa capacité d'accomplir son plan.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Aucune confiance Confiance élevée

ANNEXE 5

EXPLORATION DE L'AMBIVALENCE

Statu quo		Changement	
Avantages	**Désavantages**	**Avantages**	**Désavantages**

ANNEXE 6

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

Le présent questionnaire d'enquête vise votre contribution à une étude. Il est anonyme

Age Sexe

Statut : écolier Collégien Etudiant Enseignant artisan Apprenti

Qu'est-ce que l'alcool ?.....

Prenez-vous de l'alcool ? Oui non

Pourquoi buvez-vous de l'alcool ? ……

Prenez-vous aussi de la drogue ? Oui….. Non… Si oui, quelles sortes ? Quelles formes ?…….

Selon vous, l'alcool est-il une drogue ? Oui….. Non…

L'alcool est-il aphrodisiaque ? Oui……..Non…..

L'alcoolisme est-il héréditaire ? Oui……Non……

Vos parents vivent-ils ? Oui……Non……

Sont-ils ensemble ? Oui…Non…Combien de frères… et sœurs… avez-vous ? Quelle est votre position dans votre fratrie ? …

Avez-vous été un enfant placé ? Oui……Non……

Avez-vous été dans un CAPE ? Oui……Non……Un internat ? Oui……Non……Un orphelinat ? Oui……Non…… Avez-vous repris des classes ? Oui……Non…… Etes-vous marié ? S oui, Combien de femmes avez-vous ?.....Avez-vous des enfants ? Oui……Non……Si oui, combien ? …..

L'échec scolaire et l'alcool : quels liens ? …….

A quel âge avez-vous commencé à prendre de l'alcool? ……..

En quelle classe étiez-vous au début de votre consommation d'alcool ? …. Quelle serait approximativement votre dose quotidienne? ……..Quels étaient vos résultats scolaires? …….Combien l'alcool coûte ?.....

Où vous en procurez-vous ? …….

Où trouviez-vous les moyens de vous en procurer ? ……

Et que vous rapporte-t-il selon vous ? A la famille ? A l'école ? La société ? Peut-on guérir de l'alcoolisme ? Vos enseignants buvaient-ils ? ……

Etes-vous bien portant ? Oui……Non……Sinon pourquoi ?.....Que ressentez-vous ?.....

Quels traitements avez-vous reçus ?.....

…….

Où vous êtes-vous fait soigner ?.....

Que vous coûte le traitement de votre habitude à l'alcool ?

A comparer avec le coût de l'alcool, quel est votre avis sur les dépenses liées à l'alcool ? ……

A comparer avec le coût de l'alcool, quel est votre avis sur les dépenses liées aux autres besoins de votre famille ?.....

……

Selon vous quelles sont les avantages ……

……. ……

Les inconvénients de la prise d'alcool ? …….

Que vous inspire notre entretien ?.....

…….

…….

.Prise de Décision Oui ……. Non……

Sinon, pourquoi ? …….....

……

Merci de votre disponibilité, de votre contribution et de vos réponses