REPUBLIQUE DU BENIN

&&&&&&&

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

&&&&&&&

UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI (**UAC**)

&&&&&&&

FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (**FLASH**)

&&&&&&&

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DEL'EDUCATION (**DPSE**)

RAPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

Option : Psychologie Clinique et Pathologique

DU CHOMAGE A L'ALCOOLISME, UNE SOURCE DE DEVIANCE SOCIALE

***Lieu de stage** : Centre National Hospitalier et Universitaire Psychiatrique (CNHUP) de Cotonou*

***Présenté par** :* **GAÏ Mathias**

***Sous la supervision de** :*

Dr GANSOU *Grégoire Magloire* — *Prof. Agrégé de Psychiatrie* — *Directeur Adjoint du CNHUP*

Dr KLIKPO — *Dr Psychiatre* — *Responsable de l'UST*

Mme HOUNTONDJI Eugénie — *Psychologue à l'UST*

ANNEE ACADEMIQUE : 2015- 2016

REMERCIEMENT

Nous témoignons notre vive reconnaissance et notre profonde gratitude :

A l'institut de psychologie et des sciences de l'éducation qui nous a permis d'effectuer le stage au Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique (CNHUP) de Cotonou-jacquot,

Au Directeur du CNHUP le professeur C .Mathieu TOGNIDE,

Nous vous remercions de nous avoir acceptés et d'avoir mis à notre disposition tous les moyens nécessaires pour l'atteinte de nos objectifs.

Au Directeur adjoint du CNHU, le professeur G. Magloire GANSSOU, qui en acceptant de conduire nos premiers pas dans la pratique, nous a donné des orientations pertinentes, le savoir et le savoir-faire.

Aux CES-psychiatrie,

Toutes nos reconnaissances pour le soutien indéfectible dont vous avez fait preuve durant notre stage.

A tous le personnel du CNHUP,

Nous vous remercions de nous avoir aidés dans tous nos besoins.

Aux stagiaires médecins, assistants sociaux et infirmiers

Merci pour votre collaboration.

A tous les patients CNHUP nous vous souhaitons une prompte guérison.

PLAN

Introduction

1ère Partie : Présentation du centre, les ressources et activités

I-Présentation du centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique (CNHUP) de Cotonou-Jacquot

1-Historique du centre

2-Situation géographique

3-Organigramme

II-Les ressources et activités du CNHUP

1-Les ressources du centre

a)Ressources humaines

b) Ressources financières

c)Ressources matérielles

2-Les objectifs et activités

2ème Partie : Bilan des activités effectuées au cours du stage

I-Contenu de stage

1-Les activités de stage

2-Les outils de travail

II-Problématique

1) Clarification conceptuelle
2) Réflexion critique
3) Hypothèses
4) Approches de solutions

III- Etude de cas

IV- Les difficultés du centre et suggestions

1) Les difficultés du centre
2) Suggestions

Conclusion

Références bibliographiques

Résumé

L'alcool a une utilité sociale mais aussi il est un destructeur social. La majorité de la population et surtout la jeunesse en fait usage. Il a dans son histoire une place très importante pour des raisons culturelles évidente. Cette substance bien que licite est additive, psychotrope et toxique pour l'organisme. Dans notre travail nous avons présenté le cas clinique de Monsieur D.H.D.L alcoolodépendant et qui a été l'un de nos patients que nous avons suivi et avec qui nous avons eu des entretiens dès le debout de notre stage jusqu'à sa sortir du Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique de Cotonou, spécifiquement à l'Unité de Soin à la Toxicomanie (UST). De part ces entretiens, nous avons analysé son histoire, comprendre comment s'est installée son alcoolo-dépendance.

Abstract

The alcohol has a social utility but also it is a social destroyer. The majority of the population and especially youth makes use of it. He/it has in his/its history a very important place for obvious cultural reasons. This substance although licit is additive, psychotropic and toxic for the organism. In our work we presented the clinical case of Mr. D.H.D.L alcoolodépendant and that was one of our patients that we followed and with that we had some interviews since the standing of our practicum as far as his/her/its leaving the Psychiatric Academic Hospitable National Center of Cotonou, specifically to the unit of Care to the Addiction (UST). Of part these interviews, we analyzed his history, to understand how got settled his addiction.

INTRODUCTION

Dans le but de renforcer nos capacités et connaissances en psychologie clinique, nous avons effectué un stage d'un 01 mois au Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique (CNUHP) de Cotonou.

Cependant, nous avons appris à détecter le problème psychologique à faire l'entretien motivationnelle et les psychothérapies afin de bien cerner le mal dont souffre le patient et de pouvoir contribuer à sa prompte guérison.

Dans ce rapport, nous allons essayer de vous présenter les différentes activités menées au cours du stage.

1ère Partie: Présentation du centre et bilan des activités effectuées au cours de notre stage.

I-Présentation du centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique (CNUHP) de Cotonou-Jacquot

1-**Historique du centre**

En 1932, le gouvernement Dahoméen a délogé certains propriétaires terriens du bord de la mer (actuel Fidjrossè) pour construire l'aéroport de Cotonou dont la charge de travaux revient à une entreprise du nom de JACKY Jacquot (société spécialisé en bâtiments et travaux publics).Cette entreprise avait pour résidence l'un des bâtiments de l'actuel hôpital .La localité a pris le nom de l'entreprise avant d'être rebaptisée Fidjrossè par les autochtones.

Entre 1943 et 1945,le bâtiment a servi de lieu d'isolement des malades divers notamment ceux rejetés par la population .Abandonné pendant un certain temps, le bâtiment fut récupéré pour héberger les malades mentaux en état d'agitation qui étaient ligotés ou entassés deux ou trois dans les cellules restreintes sans literie.

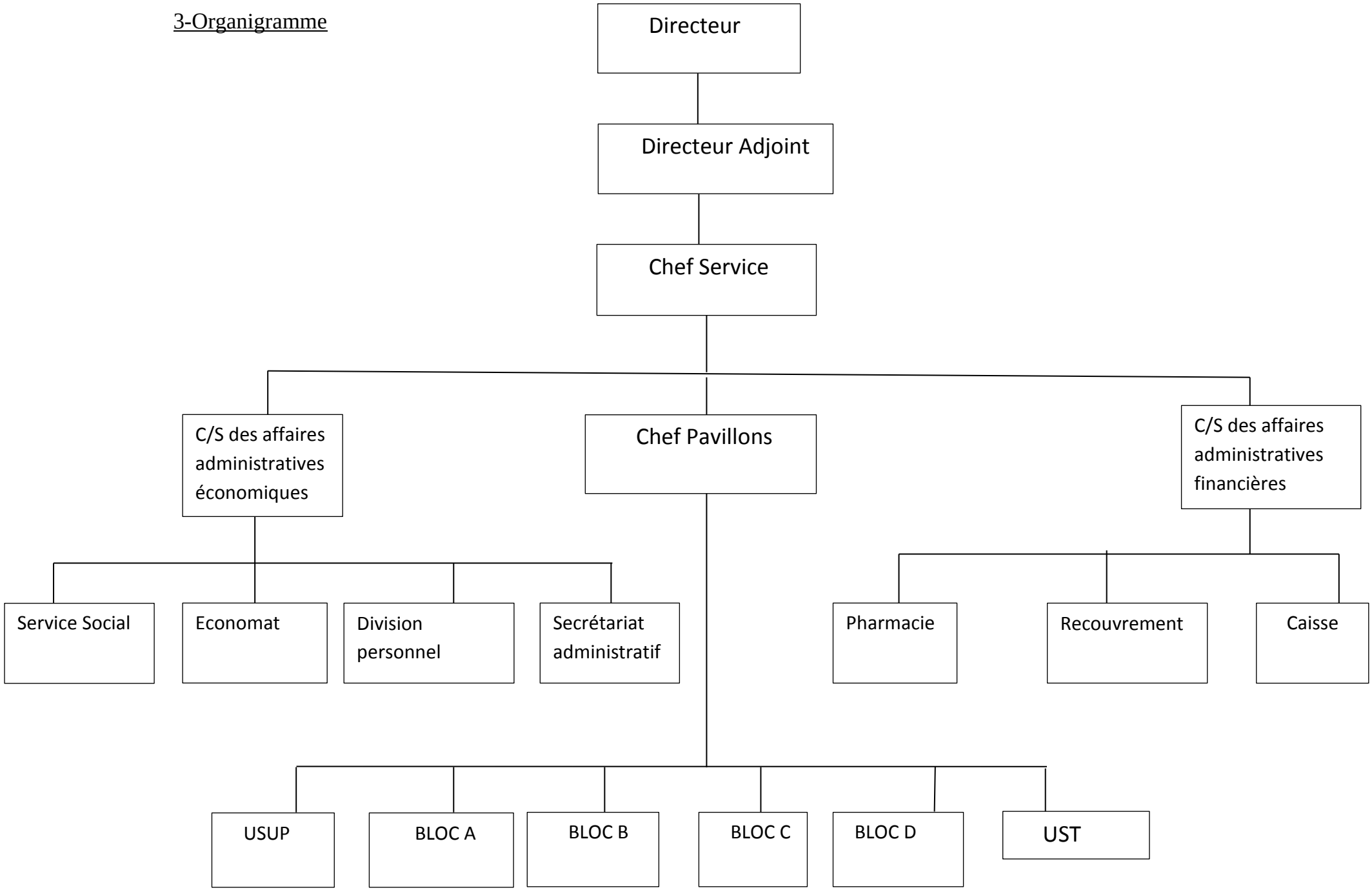
C'est alors qu'intervenue l'ordonnance 71/72 du 1er Février 1991 portant organisation et fonctionnement des services du Ministère de la Sante Publique et des Affaires Sociales qui a donné la dénomination « Centre National Hospitalier de Neuropsychiatrie ».

Après les années 80;le centre fut agrandi pour une meilleur prise en charge des malades mentaux. Il a perdu son caractère asilaire en faveur d'une institution thérapeutique. Actuellement, le centre est dénommé « Centre National Hospitalier de Psychiatrie ».Devenue centre universitaire, il forme les futurs psychiatres, les étudiants en médecine et en infirmerie, les assistants sociaux et les psychologues.

2-**Situation géographique**

Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Jacquot 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.

3-Organigramme



II-Les ressources et activités du CNHUP

1-Les ressources du centre

Les ressources du centre sont de trois ordres : humaines, financières et matérielles

a)Ressources humaines

Le centre comporte 42 employés parmi lesquels on a :

- Deux professeurs psychiatres
- 5 D.E.S en psychiatrie
- 4 infirmiers diplômés de l'Etat dont CAS/IDE
- 2 infirmiers brevetés d'Etat
- Un administrateur du service financier
- 4 techniciens dont un supérieur en santé mentale et un de laboratoire
- Une opératrice de saisie
- 3 préposés des services administratifs
- 9 agents d'entretien
- Une assistante sociale supérieure de l'action sociale
- Une secrétaire du service administratif ainsi qu'un secrétaire adjoint
- 2 conducteurs de véhicules administratifs
- 3 aides-soignants
- 2 aides pharmacies
- 4 cuisinières
- 4 gardiens/portiers
- 2 agents d'entretien
- 1 caissier

b) Ressources financières

Le CNHUP a une autonomie financière grâce à son propre fond qui est issue de la session des médicaments, des frais d'hospitalisation mais bénéficie aussi des subventions de l'Etat. En effet, ces subventions annuelles permettent, de nourrir les malades, d'acheter les fournitures ainsi que les produits d'entretiens. Elles permettent aussi de prendre en charge les personnes indigentes qui ne parviennent pas à honorer leur frais de consultation et les frais des produits pharmaceutiques.

c)Ressources matérielles

Comme ressources matérielles, on peut citer :

- ✓ Deux salles de conférence, une pour l'administration, l'autre pour la musicothèque des malades ainsi que les diverses manifestations
- ✓ 3 véhicules dont une ambulance et un pick-up
- ✓ Des tables et chaises qui équipés les bureaux du centre
- ✓ Les lits d'hospitalisation des malades dont le nombre avoisine cent

2-Les objectifs et activités du CNHUP

Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Jacquot a pour mission de :

Prodiguer aux malades mentaux les soins requis pour la restauration d'un bon état de santé mentale dans le respect des règles de l'éthique médicale.
Assurer une gestion saine, efficace, 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 du meilleur choix des technologies au service des prestations spécifiques promotionnelles de la santé mentale.

Pour atteindre les objectifs suscités, plusieurs activités sont menées dans le centre telles que :

- Les consultations médicales
- Les services de gardes
- Les services d'urgences
- Les services sociaux
- Les staffs cliniques du Mardi
- La musicothérapie du Mercredi
- Les psychothérapies

2ème Partie : Bilan des activités effectuées au cours du stage

I-Contenu de stage

1-Les activités de stage

En tant que stagiaire psychologue, nous avons été intégrés dans l'équipe de psychiatrie. L'équipe est composée de deux psychiatries, un D.E.S en psychiatrie, des infirmiers, deux psychologues, des étudiants en médecins, assistants sociaux et en infirmerie.

Chaque membre de l'équipe a son rôle à jouer dans les diverses activités du centre.

a- L'accueil : Il s'agit de :

- Mettre à l'aise les malades et les accompagnateurs ou donner des renseignements à ceux qui en demandent.
- Faire le dossier des nouveaux cas (consiste à remplir la partie identité de ceux qui reviennent pour la 1ère fois).
- Introduction le malade dans la salle de consultation, rechercher les dossiers des anciens malades venus pour contrôle, les orienter vers leur médecin traitant.
- Classer les dossiers après la consultation.

Cette activité nous a permis de bien observer les malades, de les écouter et de les aider.

b- La consultation : l'équipe composée d'un psychiatre de C.E.S-psychiatrique, d'étudiants en médecine et de nous stagiaire psychologue reçoit le malade (soit pour un contrôle).L'entretien est dirigé par le psychiatre qui donne la parole aux autres membres du groupe. Nous psychologue intervenons pour la psychothérapie de soutien ou nous fixons un rendez-vous au patient à cet effet. Après avoir libérer le patient, l'équipe discute du diagnostic.

c- Les staffs du mardi : En présence de tout le personnel médical du CNHUP, les nouveaux cas de la semaine écoulé sont présentés par les étudiants en médecine et par les psychologues (en absence de ces derniers).Le staff permet la discussion du diagnostic (précédemment posé), et l'orientation du patient. A chaque présentation, il nous est demandé à nous stagiaire psychologue de donner les aspects psychologiques perçus du cas.

d- **Le service de garde** : l'équipe composée d'un D.E.S en psychiatrie, d'un major (infirmier) de garde, d'un étudiant en médecine et d'un stagiaire psychologue reçoit en urgence les malades à partir de 16h, fait le tour des patients hospitalisés (à 19h et à 7h le lendemain) pour les injections et autres préoccupations.

e- **L'hospitalisation** : durant le temps reparti pour l'hospitalisation pendant notre stage, nous visitons les patients chaque matin. Nous les saluons, nous écoutons leurs préoccupations ainsi celles de leurs gardes malades et nous essayons de les aider. De plus, nous essayons d'approfondir l'entretien en nous appuyant surtout sur la biographie à fin de les orienter et aussi pour compléter les dossiers.

f-Les séances de cours : En tant que stagiaire, nous faisons les Lundis, Mercredis et Jeudis matins des cours sous forme d'exposé pour approfondir notre connaissance. Ces cours sont supervisés par nos encadreurs. Les termes développés sont : Les psychothérapies de soutien, les mécanismes de défense, la structure de la personnalité, la toxicomanie, le délire et ses caractéristiques, les affections psychosomatiques, le

syndrome confusionnel, la classification des psychothérapies, les troubles conversifs, la thérapie et le théâtre et enfin l'entretien motivationnelle.

g-Le staff du vendredi matin : Il se tient tous les vendredi matin au Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) H.K.MAGA. Dans un 1er temps, les étudiants en médecine présente un exposé par quinzaine et à chaque présentation, nous stagiaire psychologue présentons l'analyse psychologique du cas choisi.

h- L'activité d'ARSEA ('**A**telier de **R**éinsertion **S**ociale et d'**E**xpression **A**rtistique) : Il se tient tous les mardis et jeudis dans l'après-midi de 11h à 15h. C'est une activité au cours de laquelle chaque patient s'exprime ou exprime ses pensées, ses sentiments ; relate sa vie à travers l'art, le théâtre, la peinture, les dessins, la danse, la musique, la poésie, des groupes de parole, et plein d'autres activités de type artistique. Elle est animée par un psychologue.

Le dessin, l'écriture, la photographie, les groupes de parole constituent des modes d'expression de l'émotion chez l'africain. Au Bénin, ces modes d'expression sont expérimentés par certains patients du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUPC) au cours d'un atelier (Atelier de Réinsertion Sociale et d'Expression Artistique.

L'ARSEA est une activité thérapeutique de réinsertion sociale et d'expression à travers l'art. Logé au sein de l'unité de soins aux toxicomanes, son objectif est de permettre aux usagers du centre de s'exprimer, voire si possible de se réinsérer. Le taux de fréquentation de l'atelier en 2014 est en moyenne de 10 personnes par séance pour un sexe ratio de 8,5 en faveur des hommes. Les principales activités de l'ARSEA sont le dessin, la photographie, le groupe de parole et l'écriture.

L'ARSEA n'est pas un mythe mais une réalité au CNHUPC. L'atelier, outil d'expression et de traitement, permet à la fois aux patients et aux animateurs d'assouvir une passion et d'avoir une bonne santé mentale. Une étude plus approfondie est nécessaire pour évaluer à long terme l'atelier.

L'ARSEA est un groupe ouvert lancé officiellement le 11 Juillet 2013. Son objectif est de faire ressortir l'intériorité, la créativité, l'esprit d'innovation des patients mais aussi leur apprendre l'art plastique. Par ce creuset, l'atelier va permettre aux usagers du centre de s'occuper, de s'exprimer voire de se réinsérer (Rapport ARSEA N°1, 2013). L'atelier est animé par des artistes plasticiens, des médecins, des psychologues, des infirmiers, des aides-soignants, les assistants sociaux. Les patients hospitalisés ou non y participent. L'ARSEA se déroule au sein de l'Unité de Soins aux Toxicomanes (UST) du CNHUPC. Patients et animateurs se réunissent deux fois par semaine : les lundis et jeudis de 11heures à 16 heures. Les principales activités de l'ARSEA sont les arts plastiques, la photographie d'art, le groupe de parole, l'écriture et la lecture.

Au cours de l'atelier de peinture et de dessin, des noms sont donnés aux œuvres et des discours y sont posés par les patients eux-mêmes. A partir de ces éléments, le psychologue avec le patient engagent un travail de longue haleine sur la vie du patient, ses difficultés, ses attentes, son diagnostic actuel, ses chances de réinsertion en famille et en société. Selon le rapport de l'ARSEA du premier trimestre 2015, plus de cent (100) personnes ont franchi la porte de l'atelier.

2-Les outils de travail

Pour mener à bien le travail que nous venons de décrire, nous avons utilisé plusieurs moyens :

a)L'entretien : il s'agit d'une écoute bienveillante et d'une attitude empathique vis-à-vis du patient. L'entretien se fait avec le patient mais aussi avec les parents pour approfondir la biographie de ce dernier et toute personne ayant assisté au début de la symptomatologie. Il permet de diagnostic et oriente dans le traitement.

b) L'observation : elle commence dès la prise de contact. Plusieurs éléments sont observés : la tenue, la mimique, le comportement, le contact établi par le patient avec le thérapeute etc… Une observation bien faite peut aider à poser le diagnostic qui doit être confirmé à la fin de l'entretien.

c)Les tests : Nous avons, les tests de performance, d'efficience (tests de connaissance, d'aptitude et d'intelligence), de personnalité etc... Il permet de poser le diagnostic de le confirmer.

d) Les psychothérapies : nous nous sommes servir différentes formes de psychothérapies dans l'accomplissement de notre tâche tout au long de notre stage.

- Les différentes formes de psychothérapies

Il existe une dizaine et plus de psychothérapies. Cependant, il existe beaucoup de recoupements et de points communs entre ces différentes psychothérapies. On peut distinguer 7 grandes familles. Nous avons ;

- **L'hypnose** : C'est la première chronologiquement parlant. Sa forme traditionnelle implique l'induction d'un état hypnotique profond, c'est à dire de transe proche du sommeil, où le patient pourra entendre puis appliquer les suggestions du thérapeute. Elle est pratiquée en utilisant un état hypnotique léger et des suggestions directes.

- **La psychanalyse et thérapies analytiques** : Elles mettent l'accent sur les phénomènes inconscients, les conflits intrapsychiques, l'importance de l'enfance et de

ses étapes dans le développement de la personne adulte. Dans la pratique, le corps n'est pas manipulé et la thérapie se fait par la parole.

- **Les thérapies psychocorporelles et émotionnelles** : L'accent est porté ici sur le corps. Comportements et tensions musculaires étant synonymes de tensions psychiques. Cependant même si l'accent est porté sur le corps, une certaine base psychanalytique a été gardée et la parole tient une place importante.

- **Les thérapies existentielles :** Ces thérapies sont proches de la psychanalyse. Elles s'en éloignent par le fait que l'accent est porté sur le présent et non sur le passé, sur les phénomènes conscients plus qu'inconscients et sur les valeurs, plus que sur les mécanismes qui les sous-tendent. Ces thérapies ont pour bases communes de préférer l'éprouvé c'est-à-dire le vécu aux explications ou interprétations. Elles revendiquent le but de permettre la bonne « croissance » de l'individu.

- **Les thérapies cognitivo-comportementales** : Les thérapies cognitivo-comportementales ou TCC s'appuient sur les théories de l'apprentissage et les conclusions des expériences de neuropsychologies. Contrairement à la psychanalyse, les TCC ne visent pas le changement de l'ensemble de la personne mais cherchent avant tout la suppression des symptômes gênants pour le patient.

- **La relaxation** : Elle favorise la détente corporelle afin de permettre de débloquer certaines tensions psychiques. Elle ne cherche pas à résoudre un problème particulier mais vise à diminuer l'état global de tension corporelle du patient.

- **Les thérapies de la communication** : Ces psychothérapies diffèrent des autres par leur pratique et leur théorie. Toutes se centrent sur l'aspect relationnel entre plusieurs individus (pris le plus souvent comme un ensemble dynamique) et la communication. Ces thérapies se focalisent sur les distorsions et mécanismes qui perturbent les relations interpersonnelles. Elles travaillent sur les phénomènes présents et sur le comment, plus que sur le pourquoi.

II-Problématique

L'être humain est confronté à d'énormes difficultés de la vie parmi lesquels le chômage, occupe une place considérable.

La problématique de ce sujet part du constat fait par rapport au chômage. Le nombre de chômeurs accroit chaque année dans le monde entier. Ce fléau est un véritable souci pour la génération actuelle. Tout le monde s'efforce à travailler pendant des années et à avoir des diplômes dans le but de travailler dans une fonction. Mais force est de constater que ces jeunes après avoir obtenu tous ces diplômes ne trouvent de fonction car le problème de manque d'emploi battait son plein. La plupart des jeunes qui se retrouvent dans cette situation sont découragés, désespérés et par conséquent le sujet peut entrer dans une dépression. Certains d'entre eux se lancent dans la consommation d'alcool et c'est ce qui justifie d'ailleurs le cas de notre patient.

1-**Clarification conceptuelle**

Le terme est issu du Latin populaire « caumare » dérivé du grec ancien « καυμα » (kauma), signifiant « se reposer pendant la chaleur ». Le chômage peut être défini comme l'état d'inactivité d'une personne souhaitant travailler. Cette définition du chômage connaît de nombreuses variantes et son concept donne toujours lieu à des controverses théoriques et statistiques.

Le chômage est la situation d'une personne qui, souhaitant travailler et ayant la capacité de le faire (âge notamment), se trouve sans emploi malgré ses recherches. L'absence d'emploi peut résulter d'une entrée dans la vie active, du désir de retrouver un emploi après une période d'inactivité, d'un licenciement, d'une démission volontaire ou d'un désir de changer d'activité.

L'alcoolisme est une maladie définit comme des « troubles mentaux et troubles du comportement » liés à l'ingestion fréquente d'alcool éthylique. Cette perte de contrôle s'accompagne généralement d'une dépendance physique caractérisée par un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation, une dépendance psychique, ainsi qu'une nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet.

2-**Réflexion critique**

La première conséquence du chômage est la perte du pouvoir d'achat et l'endettement des ménages.

La seconde conséquence est la perte du lien social. L'activité professionnelle étant le pilier central de l'identité et du statut social du salarié, sa perte à des répercussions sur ses relations privées et sociales. Non seulement le chômage provoque la perte du réseau nécessaire à la satisfaction des besoins d'appartenance, mais en plus, le statut de chômeur influence l'image et l'estime que l'individu a de lui. Malgré le temps libre dont il dispose, le chômeur ne se sent pas digne d'en profiter pour cultiver de nouveaux champs de socialisation et d'expression. La honte qu'il ressent l'incite à s'isoler de sa famille et de ses amis. En se repliant sur lui, le chômeur perturbe l'équilibre de sa vie de famille.

La troisième concerne la santé physique et psychique du chômeur. L'identité et l'équilibre psychique d'un individu étant dépendants de la pratique quotidienne d'une activité professionnelle, le licenciement provoque un effondrement de sa personnalité. Ne disposant plus de repères temporels pour structurer son emploi du temps et donner un sens à sa vie, le chômeur est confronté à l'angoisse et au vide existentiel. Ce climat peut provoquer des maladies plus ou moins graves (insomnie, stress, dépression, cancer, etc.) et parfois conduire au suicide.

Ces conséquences incitent davantage les chômeurs à retrouver rapidement un emploi plutôt qu'à profiter des allocations chômages et du temps libre.

La dernière conséquence concerne la hausse de la délinquance et de la criminalité. Des études montrent la corrélation entre le chômage et la délinquance. Étant confrontés à la difficulté de trouver un emploi, les jeunes issus de milieux défavorisés peuvent facilement basculer dans la délinquance.

Des études ont montré qu'ils existent des liens entre le chômage et la santé mentale, deux thèses s'affrontent régulièrement dans la littérature scientifique. La première, dite hypothèse de sélection, avance que si des personnes sont sans emploi, c'est parce que leur santé mentale a posé ou pose problème. La seconde, appelée hypothèse d'exposition, propose la causalité inverse : une situation de privation d'emploi est source de détresse psychologique et handicape l'individu dans de nombreux aspects de sa vie.

Le chômage affecte la santé physique et encore plus la santé mentale. L'augmentation de l'anxiété, du stress, des symptômes de mal être, de la dépression voire du suicide est constatée dans la majorité des études.

La qualité de vie des chômeurs est dégradée. Selon l'OMS, la qualité de vie est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Les quatre dimensions principales de la qualité de vie sont l'état physique (autonomie, capacités), les sensations somatiques (symptômes) l'état psychologique (émotion, anxiété, dépression) et enfin les relations sociales et le rapport à l'environnement (familial, amical et professionnel).
Des modifications du comportement de santé sont souvent associées au chômage. Ainsi sont notées l'augmentation d'attitudes délétères par augmentation de la consommation de substances toxiques (alcool, tabac, médicaments), une alimentation moins bien équilibrée et une moindre activité physique.

A long terme, la surconsommation d'alcool impacte fortement la santé !

L'alcool agit à presque tous les niveaux sur l'être humain. Tant au niveau psychique, que physique, l'alcool sévit également dans la vie sociale ou professionnelle. Les atteintes physiques sur l'organisme sont nombreuses et bien réelles. Les effets toxiques de l'alcool peuvent atteindre toutes les fonctions vitales. En plus du cerveau pour lequel les conséquences sont nombreuses, certains organes sont principalement touchés :

Organes concernés :

Yeux :

Des atteintes du nerf optique (névrites) peuvent diminuer l'acuité visuelle. Cela se traduit par une vision trouble et des lacunes dans le champ visuel (scotomes).

Œsophage :

Une forte alcoolisation peut provoquer des troubles moteurs impliqués dans le reflux gastro-œsophagien. Le transit alimentaire normal (œsophage > estomac > intestin) n'est plus correctement suivi. Le bol alimentaire est refoulé de l'estomac vers l'œsophage, entraînant des brûlures et des aigreurs. Ceci entraîne une inflammation de l'œsophage : l'œsophagite. Cette inflammation peut évoluer en ulcère chez les alcoolodépendant.
L'alcool peut aussi entraîner un cancer de l'œsophage. Il en est d'ailleurs le principal facteur.

Peau :

L'alcool est responsable de modifications vasculaires : il dilate les vaisseaux sanguins. De fines dilatations d'un groupe de capillaires sanguins peuvent apparaître, se traduisant par une rougeur faciale. Ils sont signes d'une insuffisance hépatique. L'alcool diminue la coordination motrice. Cela amène le sujet à se cogner ou à se blesser plus fréquemment. Ces traumatismes répétés laissent apparaître des ecchymoses (bleus). Cette tendance à la contusion peut être amplifiée par les anomalies sanguines induites par l'alcool.

Cœur :

L'excès d'alcool favorise **l'**hypertension artérielle (pouvant être à l'origine d'Accidents Vasculaires Cérébraux), l'insuffisance et les troubles du rythme cardiaque (myocardiopathies). Le cœur est fragilisé et le risque d'arrêt cardiaque ou d'embolie sont augmentés. Il faut savoir que l'alcool est le 3e facteur d'hypertension artérielle, après l'âge et le poids, mais devant le tabac et les conditions de vie et d'alimentation.

Foie :

Le foie est l'organe qui épure l'alcool du corps. Il est donc principalement touché par une alcoolisation. La maladie alcoolique du foie est liée à la quantité d'alcool absorbée et à la durée de l'intoxication! La **stéatose** est la lésion la plus précoce du foie de l'alcoolique. Cette atteinte est encore réversible ! Le sevrage entraîne une régression totale de la stéatose et une régénération du foie. La **stéato-nécrose**, ou hépatite

alcoolique, est le second stade de lésion du foie. Cela peut évoluer vers une destruction du tissu hépatique si l'alcool n'est pas arrêté. Les manifestations cliniques sont multiples : anorexie et amaigrissement important, fatigue, vomissements, perte de masse musculaire. La **cirrhose** est caractérisée par la destruction des cellules du foie. Cette destruction est définitive et les cellules ne se régénèreront pas, elles laisseront place à un tissu fibreux non fonctionnel. La cirrhose peut ensuite dégénérer en cancer du foie.

Pancréas :

Lorsqu'il y a une inflammation du pancréas, on parle de pancréatite. Une pancréatite aiguë est une digestion brutale et massive de la glande par ses propres enzymes, entraînant un décès dans 20 à 40% des cas.
Une pancréatite chronique est à l'origine d'une malabsorption des aliments par insuffisance des sécrétions déversées dans l'intestin. Elle produit des douleurs et un amaigrissement par dénutrition.

Estomac :

L'alcool est la principale cause d'inflammation de l'estomac. Les effets de l'alcool y varient selon qu'il s'agit d'une forte prise d'alcool ponctuelle ou d'une alcoolisation chronique.

Forte prise d'alcool : l'alcool peut ralentir la vidange de l'estomac. A de très fortes doses, l'alcool peut provoquer une inflammation de l'estomac.
Cela se manifeste par des brûlures, une anorexie, et parfois des vomissements sanglants.

Alcoolisation chronique : les hémorragies digestives sont fréquentes chez les personnes alcooliques. Elles sont principalement dues à des ruptures de varices œsophagiennes (liées à l'atteinte du foie) ou à des altérations de la muqueuse gastrique.

Une gastrite chronique survient plus fréquemment et de façon plus précoce (avant 45 ans) chez les alcooliques que chez les personnes abstinentes. Elle s'accompagne en général d'une anémie et d'une dénutrition.

Appareil uro-génital :

Homme :

L'alcool peut entraîner des troubles de l'érection et/ou de l'éjaculation. De même, on observe une baisse de la libido. Ces facteurs peuvent compromettre la qualité de la vie sexuelle de l'individu. Par ailleurs, l'alcool peut être responsable d'une atrophie testiculaire : le volume des testicules diminue.

Femme :

L'alcool peut induire une perturbation du cycle menstruel. D'autres organes comme les ovaires, l'utérus ou le vagin peuvent être atrophiés. L'alcool est bien plus dangereux chez la femme enceinte. La consommation pendant la grossesse va induire le syndrome d'alcoolisation fœtale, ou SAF. Il se caractérise par un retard psychomoteur et des anomalies sur les plans physiques et psychiques de l'enfant.

Le système nerveux est touché par l'excès de la prise de psychotropes peut entrainer : des perturbations du sommeil, delirium tremens, crises d'épilepsie, coma éthylique, crise d'épilepsie, la dépression, des troubles anxieux et troubles cognitifs, démence alcoolique, hallucinations.

Au-delà des atteintes purement physiques, l'alcool entraîne également : une exclusion sociale(l'endettement, l'isolement et la désinsertion) en coupant du reste des individus, des difficultés familiales(Maltraitance et négligence des enfants, agressivité, manque de communication et de passivité, violence souvent à des conflits ou à une séparation), des dommages professionnels (perte d'emploi**,** accident du travail), par manque de motivation, absence, ou manque de concentration. La sanction peut aller jusqu'au licenciement.
Le chômage a également un impact non négligeable sur la famille et les proches.

Un informaticien compétent qui a une bonne maitrise dans son domaine au point où il a ouvert une boutique. Le patient a en effet plusieurs apprentis dans son atelier. Il mène une vie heureuse avec sa famille et même avec son entourage, aime la bonne ambiance. Mais depuis quelques temps ses activités ne se prospèrent plus bien, par conséquent il est confronté à d'énormes difficultés telles que les problèmes financiers, l'incapacité de subvenir à ses besoins. C'est cette situation qui a poussé le patient dans la consommation des substances psychoactives (alcool, cigarette, drogues).

- **Traitements**

Le sevrage est un temps symbolique redouté mais essentiel du parcours thérapeutique. Pourtant, il existe de nombreuses méthodes pouvant apporter de l'aide dans le processus d'arrêt de l'alcool et de la drogue.

Psychothérapies

Elle apporte un soutien et une information adaptée sur les mécanismes de la dépendance, les effets du sevrage, les risques et modalités des rechutes. Elle propose d'autres façons de faire face au stress, aux difficultés (ex : TCC, psychothérapie de groupe, psychothérapie d'inspiration analytique, de la psychothérapie de soutien). Elle permet de prendre du recul par rapport à ses problèmes, son histoire et le sens que peut y prendre l'addiction.

Hospitalisation

Indiquée dans certains sevrages (alcool, drogues, médicaments) ou lors d'épisodes dépressifs.

Les centres de post-cures, les séjours en centres résidentiels ou en famille d'accueil peuvent permettre un changement de contexte, une rupture avec un mode de vie trop lié à la conduite addictive.

Chimiothérapies (Traitements médicamenteux)

Les traitements de substitution (pour les opiacés et le tabac) ou les traitements de sevrage, ou pour minimiser les risques de rechute peuvent être prescrits, ainsi que des traitements contre la dépression ou l'angoisse. Nous pouvons distinguer les psychotropes, antidépresseurs, régulateurs d'humeur, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, correcteurs etc..

Soutien social

Le soutien et les conseils aident à soigner les addictions. Parfois l'accompagnement dans des démarches sociales peut être utile. L'accueil et le soutien de l'entourage est essentiel. Des séances de thérapie familiale peuvent être proposées.

Entraide mutuelle

Des groupes de parole existent pour la plupart des addictions. Les associations d'anciens buveurs apportent soutien et entraide pour les personnes touchées et leurs proches. Elles aident à accompagner vers les soins.

La plupart des addictions sont des problématiques au long cours, avec des rechutes.

Le sevrage suppose un véritable contrat à l'occasion duquel le patient sera clairement informé des conditions du traitement afin d'y réfléchir avec son entourage. C'est le temps essentiel de la pré-cure. Le patient devra être rassuré mais aussi responsabilisé. La reconnaissance de la dépendance est le pré-requis conditionnant la réussite du sevrage.

Les psychotropes ont un effet immédiat, à court ou à long terme, sur le système nerveux.

L'alcool et les drogues perturbent les signaux nerveux et de surcroît affecte les organes qui les reçoivent. Ces perturbations sont à l'origine de nombreuses manifestations physiologiques.
On retrouve fréquemment des douleurs, crampes, sensation de froid aux extrémités des membres, une faiblesse musculaire. Les neurones ont « pris l'habitude » d'être moins réactifs. L'organisme y répond en envoyant plus de stimuli d'excitation. Au début de l'arrêt de l'alcool ce phénomène perdure et entraîne l'état d'excitation connu dans le syndrome de sevrage.
A la fin du sevrage l'organisme se sera réadapté à une transmission neuronale normale.

Définir un projet clair et concis permettra au soignant et au soigné d'avoir une base commune d'entente. Dans tous les cas, la participation active du patient est indispensable à la réussite du sevrage.

Chez les personnes touchées par l'alcoolisme ou la toxicomanie, la consommation d'alcool ou de drogues devient une véritable obsession. Toute leur vie tourne alors autour de cette consommation au détriment de toutes autres activités. Graduellement, elles en viennent à négliger leurs responsabilités familiales et professionnelles. Des conflits interpersonnels surviennent et s'aggravent. À ce point, en dépit des problèmes qui s'accumulent, elles n'arrivent tout simplement plus à résister à leurs obsessions de consommer.

- **<u>Prévention</u>**

L'usage récréatif, l'abus et la dépendance concernent autant les adultes que les adolescents ou les plus jeunes. Mais la plupart de ces problèmes commencent à l'adolescence et la famille a un rôle essentiel à jouer pour éviter la consommation et pour intervenir lorsqu'un problème se présente. C'est pourquoi cette section consacre

une place importante aux adolescents et aux moyens que peuvent utiliser les parents pour mieux encadrer et soutenir leurs enfants. Vous y trouverez également les ressources qui viennent en aide aux jeunes et à leurs parents ainsi que la démarche à suivre pour mieux les utiliser.

LA CONSOMMATION À L'ADOLESCENCE

Adolescence : entre quête d'autonomie et besoin des parents

L'adolescence est une période propice aux premières expériences, le plus souvent motivées par la curiosité ou la recherche de sensations nouvelles : premières amours, première cigarette, premières sorties. À cet âge, l'expérimentation est aussi une façon d'entrer dans un groupe ou de confirmer son appartenance à un groupe. Ces essais passent parfois par des excès. Qu'elles soient « bruyantes » (attitudes provocatrices) ou « silencieuses » (repli sur soi), ces manifestations ne signifient pas a priori que l'adolescent soit en difficulté.

Cette période de recherche et d'hésitation est souvent compliquée à vivre pour l'adolescent et son entourage. La discussion est d'autant plus difficile qu'à cet âge, l'adolescent peut ressentir l'aide des parents comme un obstacle à son indépendance, et en même temps, il a besoin de se sentir encadré par eux. Il s'agit donc pour les parents de naviguer entre cette quête d'autonomie et ce besoin important de soutien familial.

Ne pas préjuger d'une consommation

C'est aussi la période où l'adolescent est sollicité pour fumer, consommer de l'alcool et des drogues. Toute consommation de psychotropes, même au stade de l'expérimentation et surtout lorsqu'il s'agit de produits illicites, doit faire l'objet d'une attention particulière de la part des parents. Mais tout comme la consommation d'une bière ou d'un verre de vin ne rend pas alcoolique, l'adolescent qui expérimente occasionnellement le cannabis n'est pas un toxicomane. L'expérimentation, dans un contexte particulier, n'a pas forcément un caractère durable et rien ne sert de dramatiser un essai ou une erreur. En outre, cette consommation, le plus souvent, ne conduira pas à une escalade vers des produits plus dangereux.

Les parents peuvent aider leurs enfants à prendre conscience des risques, en donnant des informations claires et précises. Par contre, la consommation régulière et excessive de substances psychotropes présente des risques et peut entraîner une dépendance. Elle fait partie, le plus souvent, d'un ensemble de comportements à risques ou de symptômes qui sont l'expression d'un malaise passager, ou de difficultés plus profondes. La rupture des liens avec la famille en est la conséquence la plus

marquante. Lorsque la situation devient hors de contrôle, le recours à un professionnel de la santé ou à des ressources spécialisées devient nécessaire. Il sera question de ces ressources d'aide plus loin dans cette section.

L'importance du dialogue en cas de consommation

Quels que soient le produit et le stade de sa consommation, il est très important de maintenir le dialogue avec l'adolescent. Il doit se sentir soutenu et écouté. S'il consomme des produits illicites ou fait un usage abusif d'alcool, par exemple, on peut tenter de découvrir avec lui les difficultés personnelles, familiales, scolaires ou autres, qui l'ont amené à ce comportement.

Dans ces discussions, il est important de valoriser l'adolescent et de l'encourager. Mieux vaut éviter de centrer toute la discussion sur les risques qu'il encourt pour sa santé : à cet âge, un discours trop alarmiste n'a que peu d'effet. Mieux vaut lui expliquer que l'adolescence est un moment important de construction de sa personnalité et que la consommation de drogues peut représenter un risque réel d'échec, scolaire ou social. Il est courant de constater que très souvent, un jeune répondra franchement à une question posée par un adulte en autorité s'il a été habitué à le faire pendant l'enfance.

Il faut choisir une façon et un moment d'aborder le sujet de la consommation d'alcool ou de drogue avec un adolescent. Mieux vaut se sentir un peu mal à l'aise au début que d'attendre par crainte d'une confrontation. En cas de forte dépendance ou de difficultés psychologiques persistantes, il ne faut pas hésiter à demander une aide extérieure pour être éventuellement guidé vers des ressources spécialisées.

Comment aider une personne qui consomme des psychotropes ?

Il est nécessaire d'attendre que la personne ne soit plus sous l'effet de l'alcool ou de la drogue, avant de lui parler de vos inquiétudes au sujet de sa consommation

Écoutez-la sans la juger et sans lui faire la morale.

Amenez-la à préciser où, quand, comment et avec qui elle consomme dans le but de la soutenir dans sa recherche de solutions.

Essayez, avec elle, d'évaluer les raisons de sa consommation. Si elle consomme pour fuir ses problèmes, cherchez avec elle d'autres façons de les résoudre.

Amenez-la à prendre conscience des avantages et des inconvénients de cette consommation dans sa vie.

Respectez son rythme.

Suggérez-lui d'en parler à un professionnel de son école, de son travail, ou d'appeler une ligne téléphonique spécialisée. Vous pouvez même l'accompagner au besoin.

Reconnaissez vos propres limites. Voyez jusqu'où vous pouvez l'aider sans en prendre toute la responsabilité, sachant que vous ne pouvez pas faire les choses à sa place.

La famille : un milieu privilégié pour prévenir l'alcoolisme et la toxicomanie

Évoluer au sein d'une famille où règnent, de façon générale, des rapports harmonieux, constitue un facteur de protection important contre les difficultés d'adaptation dont témoignent la plupart des problèmes liés à la consommation de substances psychotropes. Faire des activités en famille, aussi simples soient-elles, est une source importante de rapprochement, tout comme faire participer les jeunes aux décisions les valorise et leur apprend à développer un bon jugement. Il est possible de se dire que l'on s'apprécie, même dans la routine du quotidien. L'important est d'être vrai et spontané. Être écouté, sentir que ce que vous dites mérite d'être entendu jusqu'au bout, voilà une façon de se sentir apprécié, accepté et compris. Pour y parvenir, il faut de la pratique et de la patience.

L'importance du dialogue en matière de prévention

Les parents peuvent commencer très tôt à parler de consommation de tabac, d'alcool et de drogue avec leurs enfants. Souvent, ce sont les enfants eux-mêmes qui posent des questions lorsqu'ils entendent parler de drogue à l'école ou dans des émissions de télévision. Le parent doit aussi se renseigner pour mieux connaître ces substances, leurs effets sur la santé ainsi que sur les lois qui en règlementent ou en interdisent l'usage. Une franche discussion sur le sujet deviendra une belle occasion pour un adolescent ou un préadolescent d'exprimer son point de vue et d'entendre celui de l'adulte. Il sera plus en mesure, par la suite, de résister à la pression des amis et de l'entourage.

L'influence des autres à l'adolescence

L'influence des amis n'est pas mauvaise en soi. Ce qui est primordial, c'est d'être capable de choisir par soi-même, en fonction de ses propres valeurs plutôt que par peur d'être rejeté. Aujourd'hui, tous les jeunes sont exposés et seront confrontés, un jour ou l'autre à des propositions de consommer des psychotropes. Leur résistance face à la pression de leur entourage dépendra entre autres du sentiment de confiance qu'ils ont en eux-mêmes.

L'estime de soi se développe d'abord dans le milieu familial à partir des sentiments positifs manifestés par les parents dès le plus jeune âge de l'enfant. De là se développe peu à peu la capacité de faire des choix responsables.

Résoudre ses problèmes à l'adolescence

Tous les jours, on est appelé à prendre des décisions qui sont parfois difficiles. L'offre de consommer des psychotropes en est un exemple. On peut aider les jeunes en leurs apprenants à utiliser un processus simple de résolution de problème :

Clarifier le problème à résoudre et la décision à prendre: un jour de fête à l'école, un ami m'invite à partager une bière dans les toilettes.

Considérer les différentes options et les conséquences de chacune: si j'accepte que va-t-il se passer ? Si je refuse que va-t-il se passer ?

Choisir la solution qui me semble la meilleure et la mettre en application: je prends la décision d'accepter ou je prends la décision de refuser et j'en assume les conséquences.

Pour toute personne, prendre une décision est un apprentissage. Le sentiment d'avoir pris une bonne décision devient une source de bien-être intérieur qui augmente la confiance en soi. Se tromper et prendre une mauvaise décision peut aussi être une source d'apprentissage qui permet de mieux comprendre les conséquences de ses choix.

La prévention à l'école

L'école joue aussi un rôle important dans la prévention de l'usage et de l'abus des psychotropes. Plusieurs initiatives dans le milieu scolaire visent à fournir des informations claires sur l'alcool et les drogues aux élèves selon leur niveau scolaire. Les écoles ont aussi des programmes d'aide pour les jeunes qui éprouvent des difficultés en raison de leur consommation d'alcool ou de drogue. Il est bon de les connaître et de les faire connaître à vos enfants.

3-**Hypothèses**

Le chômage pourrait conduire à l'alcoolisme lorsque ce dernier utilise cette substance pour rétablir l'équilibre psychique.

Le chômage pourrait induire des déviances sociales si l'individu ne contrôle plus ses comportements.

4-**APPROCHES DE SOLUTIONS**

Il est nécessaire voir indispensable, d'expliquer d'abord aux patients les conséquences néfastes que pourrait avoir l'alcool sur le système nerveux et sur le corps humain en général. Ensuite, procéder au sevrage de façon continue jusqu'à sa totale arrestation.

- Le sevrage

Cette peur du sevrage va de pair avec la croyance que cesser de boire réglera définitivement le problème de dépendance. C'est la «cure de désintoxication», entretenant chez le sujet l'illusion qu'il est " remis à neuf, purifié de la toxine alcool, et prêt à repartir à zéro ". Ceci doit être démystifié.
La finalité de la cure doit être le maintien de l'abstinence, condition de l'amélioration de la qualité et de la durée de vie. Le sevrage alcoolique n'est pas l'objectif du traitement mais un moyen pour y parvenir. Ce n'est qu'un premier pas.

De plus, la diminution de la consommation d'alcool peut se justifier chez les buveurs excessifs non alcoolo-dépendants. Elle est totalement inefficace à moyen et long terme chez les alcoolo-dépendants.

Le sevrage suppose un véritable contrat à l'occasion duquel le patient sera clairement informé des conditions du traitement afin d'y réfléchir avec son entourage. C'est le temps essentiel de la pré-cure. Le patient devra être rassuré mais aussi responsabilisé. La reconnaissance de la dépendance est le prérequis conditionnant la réussite du sevrage.

Définir un projet clair et concis permettra au soignant et au soigné d'avoir une base commune d'entente. Dans tous les cas, la participation active du patient est indispensable à la réussite du sevrage.

- Rester abstinent à long terme

"S'arrêter de boire" n'est pas la panacée du traitement de la dépendance à l'alcool. Ce n'est que son préalable. Le maintien du non alcoolisation est un des buts du traitement après le sevrage.

- Les efforts à faire

Le chemin à parcourir pour supprimer l'alcool au quotidien est long.
L'alcool dépendance est une maladie qui peut ressurgir à chaque instant.
C'est pour cela qu'il faut toujours rester conscient de sa **fragilité envers l'alcool**.

Dans la maladie alcoolique, il n'y a pas de traitement «miracle». On parle d'ailleurs d'accompagnement, car il n'est pas juste question de «subir» passivement

un traitement mais bien de se battre. Le patient alcoolodépendant est l'acteur principal de sa prise en charge.

L'accompagnement est un processus qui va s'inscrire dans la durée. C'est par une collaboration des différents partenaires qu'une stratégie thérapeutique portera ses fruits.

L'**entourage** est très important dans le sevrage alcoolique. Les amis et la famille doivent
apporter leur soutien au processus de changement. Ils doivent faire de leur mieux pour ne
pas permettre la consommation d'alcool, notamment lors d'occasions ou d'évènements à fêter.

- La ré-alcoolisation

Le risque de rechutes est maximum dans les douze mois qui suivent le sevrage.

Pendant longtemps le malade alcoolique nourrit l'illusion d'un retour possible à une consommation « normale ». Ce ne sera plus possible.

Prendre un verre peut être un simple accident de parcours. Il faut à tout prix parlé le plus rapidement possible de la ré-alcoolisation, c'est indispensable. Ce faux pas peut faire partie du parcours de soins du malade alcoolique, peut favoriser une meilleure prise de conscience des enjeux de sa prise en charge globale.

Reboire n'est pas forcément un échec ! Il faut toujours faire appel à votre équipe soignante et ne jamais s'isoler. Plusieurs personnes peuvent vous aider, notamment les groupes d'entraide. Non dite ou cachée, la ré-alcoolisation sera suivie d'autres verres signant la rechute.
Cela signifie le retour à la situation d'avant le sevrage : la dépendance. Il arrive même qu'une brève ré-alcoolisation redonne de la volonté, car elle aide à prendre conscience de la dépendance, et de la difficulté de la vaincre.

III-ETUDE DE CAS

1-IDENTITE DU PATIENT

Il s'agit de patient D.H.D.L âge de 35 ans de sexe masculin, technicien en informatique, marié avec trois enfants, de religion catholique, d'ethnie goun et domicilier à Porto-Novo.

2-MOTIF DE CONSULTATION

Amené par les forces de l'ordre au CNUHP pour agressivité physique et verbale, troubles de comportement à type de bizarreries associées à des propos incohérents.

3-ANAMNESE

Le début de la symptomatologie remonterait à deux mois quand il a été détenu à la prison civile de Cotonou pour tentative d'homicide avant son admission à CNUHP marquée par une agressivité verbale et physique à l'endroit de sa femme qu'il a poignardé à plusieurs endroits avec un couteau ,des propos délirants « ce matin, mon père est venue me donner de l'argent » alors que ce dernier était décédé depuis 15 ans ; des réponses à côté. Ceci alternait avec une fixation du regard, un mutisme, la bizarrerie, des attitudes d'écoutes (regarde dans toutes les directions avec peur comme si des gens lui voulaient l'arrêter ou l'agresser).

4-ANTECEDENTS :

- ***Personnels*** :
  - Médicaux : sans particularités
  - Chirurgicaux : Sans particularités
  - Judiciaires : Le patient a été incarcéré une fois à la prison civile de Cotonou pour avoir poignardé sa femme.
  - Psychiatriques : Au cours de son séjour en prison civile, le patient aurait présenté un épisode fait d'agitation psychomotrice, d'hallucinations visuelles et auditives, des propos incohérents et une insomnie totale. Les détenus qui partageaient la même cellule que le patient affirmaient « Ne dort pas depuis son admission à la prison, marche sur les autres détenus pendant la nuit, n'obéit à aucune des règles de discipline, s'isole des autres et parle parfois seul. Le système de réalité de Mr D.H serait aussi perturbé. C'est dans ce contexte qu'il aurait été amené au CNHUP le Mercredi 27 Août 2014.Par ailleurs, le patient consommait d'alcool « sodabi » 2 à 3 verres par jour et prenait également de la cigarette.
  -

BIOGRAPHIE :

Le patient est issu d'une famille polygame

- Parents
  - Père: Décédé il y a plus de 15 ans de nom, d'âge et d'affection non précisé. Il était agent d'entretien d'une librairie à Ayilawadjè. Il fut père de 04 enfants.
  - Mère : Egalement décédé il y a plus de 15 ans de nom, d'âge et d'affection non précisé. Elle fut mère de 4 enfants.
- Fratrie : Le patient est 3ème d'une fratrie utérine de 04 enfants dont l'ainé est déjà mort d'une affection non précisé. A part le patient, les autres sont en bonne santé.

Le cadet : de sexe masculin, âgé de 40 ans, agent à l'OPT, marié et vivant avec sa femme et ses enfants.

Le 4ème : de sexe féminin, âgé de 27 ans, opératrice de saisie, marié et vivant avec son mari et ses enfants.

- **Développement du patient** :
  - *Conception, grossesse et accouchement* : la grossesse aurait été désirée et se serait déroulée sans pathologie .L'accouchement aurait eu lieu par voie basse ; le nouveau-né n'aurait pas été réanimé.
  - *Développement psychomoteur :* serait normal
  - *Enfance* : serait déroulé sans particularités
  - *Milieu éducatif* : Le patient aurait vécu avec ses parents dans une bonne ambiance dans la maison familiale à Grand-Popo.
  - *Scolarité* : Début à l'âge de 6 ans la classe de CI et aurait continué sans reprise jusqu'en classe de CM2 où il aurait interrompu sa scolarité par manque de soutien financier.
- **Développement ultérieur** :
  - Diplôme reçu : Diplôme de technicien en informatique
  - Etude professionnel : aucun

Développement sexuel et adaptation sentimentale : Le patient aurait eu son 1er rapport sexuel à 20 ans. L'âge de la puberté n'a pas pu être précisé.

EVENEMENTS MARQUANTS :

Positifs : jour de la naissance de son fils ainé

Négatifs : La mort de ces parents, son divorce avec sa femme ainsi que son incarcération à la prison civile.

ENQUETE SOCIALE

L'enquête montre qu'avant le présent homicide commis sur son actuelle épouse, le patient entretenait de bonnes relations avec cette dernière et serait très attentionné vis-à-vis d'elle. Sa femme déclare « nous n'avions eu aucun différent et cela m'étonne que mon mari ait pu agit de cette manière. Du côté de son entourage, il est aussi décrit comme quelqu'un de sociable, jovial, inoffensif, honnête, il aime la bonne ambiance et n'agit pas comme un délinquant. Il aurait été très prospère avant l'âge de 25 ans. Mais depuis quelques années, ses activités ne marchent plus bien au point où il a dû fermer les portes de sa boutique et serait actuellement au chômage.

Le patient aurait commencé à nouveau l'apprentissage mais cette fois-ci avec succès où il avait obtenu son le diplôme de fin d'apprentissage en technicien informatique. A l'âge de 20 ans, le patient consommait déjà de l'alcool : rhum, pastis et surtout du sodabi. Il a connu sa 1ère femme à l'âge de 25 ans avec qui il a vécu pendant 5 ans.

Cette dernière lui avait fait deux enfants. Un jour, le patient a quitté le foyer sans donner de raison avec son benjamin de 02 mois. Il s'est remis avec une autre femme qui lui a fait un enfant qui aurait trois ans actuellement. Il a vécu en couple avec elle pendant 07 ans. C'est cette dernière qui a été victime de tentative d'homicide. Le patient déclare que la chose l'a réveillé et lui dit que c'est le moment. Il a donc pris un couteau de cuisine et poignardé à plusieurs endroits sa femme qui dormait aux environs de 6h du matin. Elle a été transporté de tout urgence à l'hôpital, où elle a subit des soins jusqu'à ce qu'elle se retrouve complètement. De ce fait, il a fui la maison pour se rendre à la plage où les gens l'ont vu dans une tenue tachée de sang. Il poursuit sa fuite jusqu'à Abomey-Calavi où il a voulu se faire ramasser par un véhicule ; interrogé il déclare avoir tué sa femme. Il est donc conduit à la prison civile d'Abomey-Calavi où il a été déféré par la suite à la prison avec de Cotonou. C'est après les examens psychiatriques ont permis de déduire que le patient a un système de réalité perturbé, ce qui aurait motivé son admission au CNHUP. Il aurait été très prospère avant l'âge de 25 ans. Mais depuis quelques années, ses activités ne marcheraient plus bien au point où il a dû fermer sa boutique et serait actuellement au chômage. Avec son frère, il serait en train de monter un projet de relance d'une activité génératrice de revenu. Cette situation de chômage aurait entrainé l'ensevelissement total de notre patient dans la consommation d'alcool. Il était devenu irritable et agressif, réduction du contrôle de soi, or l'alcool a de graves conséquences sur la santé mentale et physique de l'être humain, la mémoire s'affaiblit progressivement et on observe une inadaptation socio-professionnelle et morale.

DEMANDE DU PATIENT

Demande consciente: il souhaite vite guérir, arrêter la consommation d'alcool et rejoindre sa famille
Demande inconsciente : rien à signaler

EXAMEN PSYCHIATRIQUE

Présentation
Tenue propre
Hypermimie polarisé exprimant de la peur
Contact syntone
Comportement : excitation psychomotrice, bizarrerie, retrait social

Troubles des conduites instinctuelles

Insomnies totales

Troubles des conduites sociales

Hétéro agressivité verbale et physique et inadaptation au sein de l'UST

Tentative de suicide

Conduites addictives

Consommation d'alcool et de la cigarette

Fonctions supérieurs

Langage : mutisme, soliloqués

Pensée : Idées délirantes

Perception : hallucinations psychosensorielles et psychiques

Mémoire : désorientation spatio-temporelle(Ne sait pas qu'il est en prison), reconnait seulement l'année 2014.

Etat émotionnel
Humeur normale

STRUCTURE DE LA PERSONNALITE

Mécanisme de défense : refoulement, le déplacement, la projection
Symptômes : agitation psychomotrice, insomnie, agressivité verbale et physique, délire de persécution.
Epiphénomènes : les épisodes précédents
Maladie :
Nous concluons à une structure schizotypique.

RESUME SYNDROMIQUE

Il s'agit du patient D.H âgé de 35 ans reçu pour agressivité physique, verbale et propos incohérents ,idées délirantes chez qui les entretiens et examens ont permis de noter :

- Un début remontant de deux mois avant son admission au CNHUP.
- Une consommation d'alcoolisme et de cigarettes.
- Un syndrome d'excitation psychomotrice caractérisé d'agitation psychomotrice, d'hallucinations visuelles et auditives, des propos incohérents, des idées délirantes et une insomnie totale.
- Inadaptation à la prison et au CNHUP.

Hypothèses diagnostique

Schizophrénie à début brutal

Intérêts :

-L'intérêt de ce dossier est lié à la facilité à poser le diagnostic

-Social lié aux conséquences de l'alcoolisme et la toxicomanie sur la vie du patient ; répercussion sur sa vie familiale.

-Thérapeutique lié à la poursuite de la consommation de l'alcool

ANALYSE PSYCHOLOGIQUE

Il s'agit de patient D.H.D.L âge de 35 ans de sexe masculin, technicien en informatique, marié avec trois enfants, de religion catholique, d'ethnie goun et domicilier à Porto-Novo.

Qu'est-ce qui l'aurait poussé à poser un tel acte ?

Avait-il des antécédents (mésentente, dispute dans le foyer) avec sa femme ?

Est-ce le début d'une pathologie ?

Toutes ces interrogations nous permettrons d'expliquer ce comportement de tentative d'homicide. D'après l'enquête sociale, il relève que le patient entretenait de bonnes relations avec sa femme et serait même très attentionné vis-à-vis d'elle. Sa femme déclare « nous n'avions eu aucun différent et cela m'étonne que mon mari ait pu agit de cette manière. Du côté de son entourage, il est aussi décrit comme quelqu'un de sociable, jovial, inoffensif, il aime la bonne ambiance et n'agit pas comme un délinquant. Alors face à cette ambiance conjugale, le comportement du patient n'est-il pas suspect ?

Lorsque nous nous intéressons au 1er foyer que le patient a construit avec sa 1ère femme, il faut retenir qu'il y a 5 ans, le patient avait quitté le domicile sans donner de raison avec son benjamin de 2mois.Il s'est remis avec une autre femme qui lui a fait un enfant. Cet acte ne pourrait-il pas expliquer un comportement pathologique ?

De plus, ses comportements à la prison civile de Cotonou tels que marcher sur son prochain, ne dort pas, n'obéit à aucune des règles de discipline. D'après ses informations, nous pouvons dire que le patient souffre d'une psychose.

Alors de quel type de psychose souffre-t-il ?

Mais d'après les différentes caractéristiques évoquées précédemment ''tentative d'homicide, une agressivité verbale et physique à l'endroit de sa femme qu'il a poignardé à plusieurs endroits avec un couteau, des propos délirants « ce matin, mon père est venue me donner de l'argent » alors que ce dernier était décédé depuis 15 ans ; des réponses à

côté. Ceci alternait avec une fixation du regard, un mutisme, la bizarrerie, des attitudes d'écoutes (regarde dans toutes les directions avec peur comme si des gens lui voulaient l'arrêter ou l'agresser), agitation psychomotrice, d'hallucinations visuelles et auditives, des propos incohérents et une insomnie totale. Les détenus qui partageaient la même cellule que le patient affirmaient « Ne dort pas depuis son admission à la prison, marche sur les autres détenus pendant leurs sommeils, n'obéit à aucune des règles de discipline, s'isole des autres et parle parfois seul. Le système de réalité de Mr D.H serait aussi perturbé'' ; nous pouvons affirmer qu'il s'agit d'une schizophrénie à début brutal, ce qui l'aurait bien poussé à poser l'acte.

V-DIFFICULTES DU CENTRE ET SUGGESTIONS

Notre stage, même si elle n'était que de court durée (1mois) nous a quand même permis de relever quelques-uns des difficultés rencontrées par le centre.

1-Les difficultés du centre

Le CNHUP rencontre de nombreuses difficultés :

- Non disposition de salles spécifiques aux psychothérapies ainsi que les salles de gardes
- Manque de chambres d'hospitalisation
- Mauvaise état de certaines chambres d'hospitalisation
- Difficulté de réinsertion de certains patients qui ont été abandonné par leurs familles
- La fugue de certains patients
- Insuffisance d'agents du personnel (surtout les psychologues)
- Non disposition d'une bibliothèque ou d'une salle de recherche pour les stagiaires et toute autre personne soif de connaissance.

2-Les suggestions

- ✓ Construction des salles spécifiques aux psychothérapies et des salles de gardes
- ✓ Recrutement des psychologues
- ✓ Créer un espace aux patients pour évier leurs promenades dans la cour surtout devant la salle d'accueil.
- ✓ Réparer les chambres d'hospitalisations non utilisés afin d'éviter une pénurie.
- ✓ Bien vouloir contrôler la qualité des dons de vivres notamment la nourriture qu'offre la population chaque jour aux patients.
- ✓ Créer des centres d'activités (menuiserie, couture, etc..) pour occuper les patients.

CONCLUSION

Le stage effectué au CNHUP-C nous a permis de renforcer nos capacités et connaissances en psychologie clinique. IL est basé sur des cours pratique importante qui constituent pour nous étudiant un guide et une référence permanente pour mieux comprendre et analyser la situation clinique. L'enseignement reçue à l'UAC pendant 3 ans est une essentielle sans quoi il nous serait difficile d'évoluer. Mais cette formation à elle seule ne suffit pas pour faire de nous un bon psychologue d'où la nécessité de la compléter avec le stage.

***Références* bibliographiques**

Dr Thierry KOUGBEAGBEDE Cours sur rapport de stage p16-18

Nadège A. Christiane NOUWAKPO rapport de fin de stage en psychologie p110

Professeur EZIN Houngbè J. (2012) Cours de psychopathologie.

GODFRY D, M (1997) Les maladies mentales de l'adultes, boulevard Saint-Germain, 75006 Paris

GANSOU, G.M. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)

KPADONOU, E.F. (2014), psychopathologie aspects pédopsychiatrique

DAH-LOKONON BODEHOU, G. (2014) Les troubles nerveux et leurs expressions