UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

****

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

****

Rapport de fin de stage

OPTION :

Psychologie clinique

Sujet :

Dysfonctionnement familial dans la genèse de la toxicomanie chez les patients reçus au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C)

Réalisé et soutenu par :

DJIWANOU Gisèle Prisca Akouavi

Maître de stage :

Prof. Ag. Grégoire Magloire GANSOU

Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie

Tuteur de stage :

Dr Ornheilia ZOUNON

Enseignant-Chercheur DP-FASHS-UAC

2019 – 2020

Dédicace

- A mon père DJIWANOU Sylvain qui m'a inculqué l'amour du travail bien fait et a été d'un grand soutien moral et financier

- A ma chère mère BOTON Eulalie, une femme battante pour ses prières, à qui je dois non seulement ma vie mais aussi l'éducation et la personnalité de la femme que je deviens.

  Ce travail est le couronnement de vos efforts. Que Dieu vous accorde une longue vie afin que vous puissiez jouir des fruits de vos sacrifices

REMERCIEMENTS

Ce travail n'est pas le fruit de notre seul effort. De nombreuses personnes nous ont été utiles. Nous témoignons notre profonde gratitude a :

- Dr Ornheilia ZOUNON, qui a accepté de nous suivre dans la réalisation de ce travail et surtout pour sa disponibilité inconditionnelle ;
- l'ensemble des enseignants du Département de Psychologie pour la réussite de notre formation ;
- membres de jury pour avoir accepté de contribuer à l'amélioration de ce travail à travers leurs appréciations et apports ;
- Prof. Ag. Magloire Grégoire GANSOU, directeur du CNHUP-C qui nous a accueillis dans le centre ;
- la psychologue Urlermine LODONOU notre superviseure de stage, tous les autres psychologues et le personnel du CNHUP-C ;
- tous ceux ou celles qui, de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

LISTE DES SIGLES

ARSEA : Atelier de Réinsertion Sociale et d'Expression Artistique.

CNHUP-C : Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou

SPA : Substances Psychoactives

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I : Répartition selon le lieu de résidence…….

Tableau II : Répartition selon le type de communication familiale……..

Figure 1 : Répartition selon le sexe et selon l'âge……

Figure 2 : Répartition selon la situation matrimoniale des parents…….

Figure 3 : Répartition selon les substances psychoactives consommées……..

Figure 4 : Répartition selon les raisons évoquées……

RESUME

Différents dysfonctionnements familiaux amènent les enfants à la consommation des substances psychoactives. Nous avons réalisé au CNHUP de Cotonou du 03 Décembre 2018 au 10 Janvier 2019, une étude transversale descriptive et analytique qui avait pour objectif général d'étudier le dysfonctionnement familial dans la genèse de la toxicomanie. La population d'étude était constituée de trente (30) patients toxicomanes hospitalisés au CNHUP-C. Les résultats de notre enquête montrent que 70% des patients étaient des universitaires (étudiants ou fonctionnaires) et 33,34% étaient compris dans la tranche de 15 à 20 ans. 30% des toxicomanes étaient issus de parents divorcés/séparés et dont l'absence de l'autorité paternelle était en cause. La drogue la plus consommée était le cannabis (73,33%). Pour pallier à la toxicomanie, il est nécessaire d'établir au sein des familles une bonne ambiance en collaboration avec le milieu éducatif et l'environnement immédiat fréquenté par l'enfant.

Mots clés : dysfonctionnement, toxicomanie, famille, drogues, CNHUP-C.

ABSTRACT

Different family dysfunctions bring children to the consumption of psychoactive substances. At Cotonou NCHUP from 3 December 2018 to 10 January 2019, we carried out a descriptive and analytical transversal study whose general objective was to study family dysfunction in the genesis of drug addiction. The study population consisted of 30 addiction patients hospitalized at CNHUP-C. The results of our survey show that 70% of the patients were academics (students or civil servants) and 33.34% were between 15 to 20 years old. 30% of drug addicts were from divorced / separated parents whose absence of paternal authority was involved. The most abused drug was cannabis (73.33%). To overcome drug addiction, it is necessary to establish within families a good atmosphere in collaboration with the educational environment and the immediate environment frequented by the child.

Key words: dysfunction, substance abuse, family, drugs, CNHUP-C.

SOMMAIRE

INTRODUCTION……..1

CHAPITRE I : Description institutionnelle du CNHUP-C……..2

CHAPITRE II : Réflexion critique……..12

CONCLUSION ……...38

INTRODUCTION

Dans l'optique de mettre en pratique nos connaissances acquises et de renforcer nos capacités en psychologie clinique, nous avons effectué un stage d'une durée de (05) cinq semaines au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou. Au cours de ce stage, de nombreuses compétences ont été acquises dans la pratique psychologique comme la conduite d'un entretien motivationnel et les psychothérapies pour une meilleure prise en charge et le bon rétablissement des patients hospitalisés au CNHUP-C.

Nous nous sommes particulièrement intéressés d'un point de vue holistique aux sujets toxicomanes reçus au CNHUP-C pour une cure de désintoxication, amenés soit par les parents volontairement ou non, soit par les sapeurs-pompiers pour trouble à l'ordre public. Après l'entretien aux urgences, ces derniers sont hospitalisés aux Unités de Soins aux toxicomanes (UST) pour une meilleure surveillance et une prise en charge psychothérapeutique.

La toxicomanie est une maladie complexe et chronique caractérisée par une envie impérieuse et incontrôlable de consommer les substances psychoactives et ce malgré les conséquences néfastes qu'elles peuvent avoir. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la toxicomanie correspond à quatre éléments : une envie irrépressible de consommer le produit ; une tendance à augmenter les doses (tolérance) ; une dépendance psychologique et parfois physique ; et des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotives, sociales, économiques) (OMS 1960). Il est remarquable que ces sujets toxicomanes sont issus des familles dysfonctionnelles composées de parents pouvant expérimenter des troubles d'alcoolisme et de toxicomanie mais pas nécessairement ou tout simplement qui sont absents ou négligents face aux besoins d'éducation et de suivi des enfants. Ainsi, prend racine la dysfonction donnant naissance à la peur et à l'insécurité chez l'enfant ; et qui engendre des effets néfastes comme l'isolement, la perte d'intérêt social, les difficultés scolaires, les difficultés des ressentis émotives le conduisant à la consommation des substances psychoactives. C'est ce qui a motivé le choix de notre sujet intitulé : « **Le dysfonctionnement familial dans la genèse de la toxicomanie chez les patients reçus au CNHUP-C. »** Cette étude se propose comme objectif d'étudier le dysfonctionnement familial dans la genèse de la toxicomanie. Afin d'atteindre notre objectif, nous avons subdivisé notre travail en deux chapitres : Dans un premier chapitres, nous ferons la description institutionnelle du CNHUP, puis dans le second, nous aborderons la réflexion critique.

Chapitre I :
Description institutionnelle du CNHUP-C

Ce chapitre aborde tout d'abord la présentation du CNHUP-C, ensuite les ressources et activités et enfin le contenu du stage.

1-1) Présentation du Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique (CNHUP) de Cotonou.

Cette partie est destinée à la présentation du Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique (CNHUP) de Cotonou.

1-1-1) Historique du centre

Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou est appelé par le commun des béninois « Hôpital de Jacquot » ; un nom hérité de Jacquie Jacquot, une entreprise française qui, dans les années 1930 est chargée de la construction de l'aérodrome de Cotonou. Les dirigeants d'alors construisent quelques bâtiments pour héberger le personnel et emmagasiner le matériel de travail de cette société. En 1938, après le départ de l'entreprise, l'Etat réquisitionne ce site pour y installer les malades chroniques, les lépreux, et par la suite, les malades mentaux. A partir des années 1950, le site fait office de centre asilaire ; un médecin psychiatre y est affecté. Depuis, quelques réformes ont suivi et le logis de l'entreprise française abrite aujourd'hui le premier et l'unique centre psychiatrique du Bénin, laissant au passage le fantôme de son nom : « Jacquot ». Un nom qui dans la conscience collective béninoise, ne rappelle guère l'entreprise qui a construit le seul aéroport international du pays d'ailleurs, peu le savent mais, est plutôt un élément de stigmatisation du centre psychiatrique de Cotonou, un synonyme de psychose dans un jargon exclusivement béninois.

Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou créé par Décret n°90-348 du 14 Novembre 1990 portant attribution, organisation et fonctionnement, classé comme organisme public spécialisé à caractère social jouissant de la personnalité juridique et de la semi- autonomie financière, est érigé (Décret n° 2014-527 du

25 Août 2014) en Centre Hospitalier Universitaire sous l'appellation de Centre National Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou.

1-1-2) Situation géographique

Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Jacquot est situé à Fidjrossè plage. Il est limité au Nord par le relais du service de télécommunications ; 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, un quartier du 12èmearrondissement de la capitale économique du Bénin.

1-2) Les ressources et activités du CNHUP

Il s'agit de présenter les ressources et les activités du CNHUP.

1-2-1) Les ressources du centre

Le CNHUP-C dispose d'un certain nombre de ressources :

1-2-1-1) Les ressources humaines

Le centre comporte cinquante-deux (52) agents toute catégorie confondue :

- ✓ professeur agrégé de Psychiatrie ;
- ✓ médecin Psychiatre ;
- ✓ médecin généraliste ;
- ✓ médecins en D.E.S de Psychiatrie ;
- ✓ infirmier psychiatrique ;
- ✓ infirmier d'Etat ;
- ✓ infirmier breveté ;
- ✓ technicien de laboratoire ;
- ✓ psychologues ;
- ✓ aide-soignant ;
- ✓ administrateur ;
- ✓ comptable ;
- ✓ secrétaire ;
- ✓ assistante sociale ;
- ✓ aide pharmacie ;

- ✓ aide cuisine ;
- ✓ agents d'entretiens ;
- ✓ chauffeur ;
- ✓ caissier ;
- ✓ étudiants de la 4eme année de la faculté des sciences de la santé (FSS/UAC) ;
- ✓ étudiants assistant sociaux de l'Ecole Supérieure des Assistants Sociaux (ESAS/FSS) ;
- ✓ stagiaires en Psychologie de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS/UAC) ;
- ✓ stagiaires Educateurs spécialisés de l'ISFES ;
- ✓ élèves Infirmiers d'Etat de l'Ecole Supérieure des Infirmiers et Sage femmes d'Etat (INMeS/UAC) ;
- ✓ des stagiaires étrangers (Français, Allemands, Canadiens, Anglais etc.).

Le nombre de malades qui y séjourne actuellement est de 215 malades, hommes et femmes confondus. Le ratio femme /homme est de 1,20% ; il contient un nombre important de malades des autres pays de la sous-région (Togo, Ghana, Niger, Burkina-Faso, Mali, Congo, RDC, Cameroun etc.)

1-2-1-2) Ressources financières

Le CNHUP-C dispose de deux (02) sources de financement que sont les ressources allouées chaque année par l'Etat et les fonds propres du centre.

Celles allouées par l'Etat concernent :

- ✓ les fonds du crédit délégué qui concourent à l'alimentation des malades, l'acquisition des fournitures de bureau, des réactifs de laboratoire, des matériels médico-techniques, la maintenance des équipements et du matériel roulant ;
- ✓ les fonds sanitaires de l'indigences (FSI) qui permettent au Centre de prendre en charge systématiquement de nombreux malades mentaux raflés errants acheminés dans le centre par les forces de sécurité, des malades mentaux déposés au portail du centre par les parents et les malades mentaux dont les parents sont démunis de toute ressource financière. Par ailleurs, il faut souligner la suppression par l'Etat du fonds sanitaire de l'indigence au cours de l'année 2016 et son remplacement par le fond ARCH (Assurance Renforcement du Capital Humain) en 2017.

Quant aux ressources propres, elles proviennent des différentes prestations faites dans le centre à savoir : consultations médicales et paramédicales, contrôles médicaux, hospitalisations dans les divers pavillons, les analyses para cliniques, les frais de cession de médicaments, de solutés et diverses autres prestations tarifées.

Nous notons aussi les aides précieuses des ONG, des donateurs et autres partenaires pour le bien-être social des pensionnés du Centre.

1-2-1-3) Ressources matérielles

- ✓ Les lits d'hospitalisation des malades
- ✓ Deux salles de conférence, une pour l'administration, l'autre pour les ateliers de peintures, théâtre organique des malades ainsi que les diverses manifestations
- ✓ Une bibliothèque dotée des livres de psychiatrie, de psychologie, des thèses d'étudiants de la médecine
- ✓ Des tables et chaises qui occupent les bureaux du centre
- ✓ D'un appareil d'électroencéphalogramme
- ✓ D'un laboratoire
- ✓ D'une salle de psychothérapie
- ✓ De cinq blocs d'hospitalisation
- ✓ D'une unité de soin aux toxicomanes

1-2-2) Mission, objectifs et activités du CNHUP

Cette partie est destinée à la présentation générale de la mission, des objectifs et activités du CNHUP-C.

- ❖ Mission

La mission du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie est de :

- ✓ apporter aux malades mentaux les soins adéquats et nécessaires 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.

❖ Objectifs

Comme objectifs du CNHUP :

- ✓ Au service d'accueil –Attentes : recevoir le patient en vivant l'empathie et de prendre contact avec ce dernier pour noter les demandes qu'il va faire afin d'organiser pour lui une meilleure orientation. Ensuite aider la famille ou les accompagnateurs du patient à remplir les formalités administratives, qui ne doivent pas retarder la consultation du malade. Enfin, rassurer le patient pour qu'il ne se sente pas incarcéré ; et que dans le nouveau milieu où il entre, il n'y a pas de conflits mais qu'il peut communiquer.
- ✓ Pavillon d'hospitalisation : maitriser la rédaction et l'observation du psychologue clinicien afin de déterminer les problèmes psychologiques des malades et des parents accompagnateurs. Organiser et animer des séances de psychothérapie individuelle, familiale et/ou institutionnelle, verbale ou non verbale.
- ✓ Service de psychothérapie : connaitre les différents types de psychothérapie de soutien et leurs indications suivant les situations particulières ; mener à termes une psychothérapie de soutien individuelle, familiale, de groupe ; faire des recherches sur les équivalents de psychothérapie en médecine moderne et traditionnelle africaine.
- ✓ Pavillon de consultation et d'urgences : accueillir le malade et les accompagnateurs venus en consultation ; connaitre la démarche clinique (analyse des symptômes, hypothèses, diagnostic) ; mener l'interrogatoire et l'entretien au cours de l'examen psychologique ; rédiger une observation du psychologue clinicien ; réaliser une psychothérapie de soutien individuelle ou familiale ; suivre efficacement la prise en charge ambulatoire des patients ; et consulter et traiter à titre externe.

❖ Activités du CNHUP-C

Dans l'optique d'atteindre ses différentes objectifs pour le bien-être des malades mentaux, plusieurs activités sont effectuées dans le centre telles que :

- ✓ les psychothérapies ;
- ✓ les services sociaux ;
- ✓ le staff entre personnel médical et paramédical du Lundi
- ✓ le staff clinique du Mardi ;
- ✓ les consultations médicales ;
- ✓ l'Atelier de Réinsertion Sociale et d'Expression Artistique (ARSEA) du Jeudi ;
- ✓ les services de gardes…

1-3-1) Contenu de stage

Nous parlerons de nos objectifs et activités effectuées au cours du stage, les outils de travail et les acquis du stage.

1-3-1-1) Les objectifs du stage

Au début de notre stage au CNHUP-C, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

- ✓ reconnaitre nos capacités, compétences et défis professionnels ;
- ✓ être en mesure de tenir un entretien psychologique ;
- ✓ acquérir de nouvelles connaissances théoriques et pratiques en psychologie clinique ;
- ✓ apporter aux malades mentaux une écoute bienveillante et avoir l'esprit empathique afin qu'ils aient une satisfaction à leurs souffrances.

1-3-1-2) Les activités effectuées

Tout le long de notre stage a été couronné par différentes activités faites en équipe sous la supervision d'un psychologue et d'un superviseur en santé mentale. Chaque membre de l'équipe a son rôle à jouer dans les différentes activités du centre, on note :

- ❖ L'accueil

Tout notre temps passé à l'accueil, nous :

- ✓ préparons les lieux et le matériel tout en faisant montre d'une disponibilité et d'esprit d'ouverture pour créer, innover avec les patients et parents, dans le but d'un meilleur accueil ;
- ✓ mettons à l'aise les malades et accompagnateurs en leur donnant tous les renseignements nécessaires dont ils ont besoin, cela implique une connaissance des différentes services de l'hôpital (afin de ne pas perdre le temps aux accompagnateurs lors des formalités administratives) ;
- ✓ mettons une disponibilité d'écoute en exprimant des mots ou pas de l'intérêt, de la sympathie afin de recueillir ainsi les faits, les expressions, les idées qui seront soigneusement notées et transmis à l'équipe multidisciplinaire de consultation ;
- ✓ établissons le dossier des nouveaux cas et/ou rechercher le dossier des anciens malades venus pour le contrôle en les orientant vers leur médecin traitant ;

- ✓ animons le temps de l'attente par des causeries, des débats sur des affections mentales, de la musicothérapie, de lectures commentées avec les patients, les accompagnateurs et l'équipe multidisciplinaire soignante de l'accueil et d'attente ;
- ✓ introduisons le malade dans la salle de consultation et enfin nous classons les dossiers après la consultation.

  Cette activité nous a permis d'observer les malades et d'établir une relation d'écoute et d'aide avec ces derniers.

❖ La consultation et l'urgence

Après l'organisation de la salle de consultation, nous recevons la famille et les patients par ordre d'arrivée. L'entretien est mené par un psychiatre qui donne la parole à nous psychologue pour toucher l'aspect psychologique du vécu du patient et de faire une psychothérapie de soutien. Après avoir libéré le patient, nous discutons du diagnostic.

❖ Psychothérapie

Cette activité consiste en la préparation, l'organisation et programmation des séances de psychothérapies, puis de la mise en œuvre des différents types de psychothérapie de soutien. Ensuite, nous rédigeons des articles et des feuillets sur les psychothérapies de soutien chez les patients ; et enfin l'organisation et la mise de la recherche en matière de psychothérapie de soutien moderne et traditionnelle.

❖ L'hospitalisation

Tous les matins, nous faisons une visite au lit d'hospitalisation des malades. Ce qui nous a permis de faire de l'observation psychologique des malades tout en écoutant leurs plaintes ainsi que celles de leurs gardes malades afin d'apporter des solutions à leurs demandes. Ensuite, nous essayons de tenir des entretiens journaliers avec les patients et/ou leurs parents en vue d'une meilleure prise en charge en psychothérapie de soutien. Tout le long de leur séjour, nous évaluons leur état psychologique en organisant des psychothérapies individuelles, familiales et institutionnelles verbales et non verbales. Des distractions et d'autre occupation en hospitalisation sont organisées telles que : la lecture, télévision vidéo, jeux (cartes, awalé, internet,…) et sport. La rédaction de feuillets et d'articles ayant trait à la prise en charge des affections mentales est faite, ainsi qu'une préparation psychologique de la sortie des patients et

de leurs familles grâce à l'élaboration d'un projet de réinsertion socio-professionnelle. Enfin, une documentation est faite en vue de finaliser les recherches et les innovations en matière de prise en charge des patients en milieu hospitalier ou dans les villages thérapeutiques.

- Le service de garde

  L'équipe de garde, constituée d'un D.E.S en psychiatrie, d'un major (infirmier) de garde, d'un étudiant en médecine et de trois stagiaires en psychologie reçoit en urgence les malades à partir de 16h, fait le tour des patients déjà hospitalisés à 19h et le lendemain à 7h pour les soins et diverses préoccupations.

- Les staffs du mardi

  En la présence de tout le personnel médical et paramédical du CNHUP-C, la présentation des nouveaux cas de la semaine écoulée est faite par les étudiants en médecine et par les psychologues. Le staff permet de faire une discussion du diagnostic précédemment posé par le médecin traitant et l'orientation du patient. Il nous est ainsi demandé de donner les aspects psychologiques perçus du cas.

- Les séances de cours

  Tous les Mercredis, Jeudis et Vendredis matin nous faisons des exposés préalablement préparés par nous-mêmes sur différentes thèmes afin d'approfondir notre connaissance. Ces séances sont supervisées par tous nos encadreurs psychologues. Les thèmes développés sont : Entretien psychologique, psychothérapie de soutien, les stades de développement selon Freud, entretien motivationnel, atelier d'expression en psychiatrie, analyse psychologique, les différentes types de schizophrénies.

Tous les vendredis, nous tenons des séances de cours avec le Prof. Grégoire Magloire GANSOU, directeur du centre toujours dans le but d'acquérir de nouvelles connaissances. Nous avons eu des cours sur : la gestion du deuil, prévention du Burn-out, les points à explorer au cours de l'entretien psychologique, psychothérapie de soutien, la toxicomanie, les objectifs du CNHUP-C, etc.

- L'activité d'ARSEA (Atelier de Réinsertion Sociale et d'Expression Artistique)

  Il se tient tous les jeudis de 10h à 12h et de 14h à 16h. L'activité est animée par deux psychologues, des artistes professionnels. L'objectif de l'atelier thérapeutique à

médiation artistique est de faire ressortir les ressentis (sentiments, émotions, le vécu,..), la créativité et l'esprit d'innovation du patient ; et d'évaluer le retour en société du patient à travers certains types d'ateliers faits en groupes. Cette activité permet à chaque patient de s'exprimer et d'exprimer tout ce qu'il ressent en son for intérieur ; elle retrace sa vie à travers l'art, la peinture, le théâtre organique, la musique, la danse, les dessins, etc.

L'ARSEA est une activité thérapeutique de réinsertion sociale et d'expression à travers l'art, il reçoit par séance, une dizaine de participants (patients hospitalisés ou non ainsi que les personnes bien portantes). Les principales activités de l'ARSEA sont la peinture, le théâtre organique.

L'atelier théâtre organique : d'une manière générale, le théâtre organique est un art visant à représenter devant un public selon des conventions, une suite d'évènement où sont engagés des êtres humains agissant et parlant.

L'organisme est l'ensemble des organes que constitue un être humain. Le théâtre organique est un théâtre qui amène l'auteur à user de ses réflexes organiques pour faire des mouvements et faire exprimer son corps à travers ces mouvements.

1-3-2) Les outils de travail

Pour l'aboutissement de ces différentes activités, plusieurs outils ont été utilisés. Parmi lesquels nous pouvons citer :

- ✓ l'observation : elle consiste lors de la prise de contact avec le patient à observer : la mimique, la tenue, le comportement moteur que ce dernier établi avec le thérapeute. Ce qui peut aider à poser un diagnostic probable qui doit être confirmé à la fin de l'entretien.
- ✓ l'entretien : il consiste à se centrer sur le problème individuel essayant d'aider le patient grâce à une écoute bienveillante et d'une attitude empathique vis-à-vis de ce dernier. L'entretien se fait aussi bien avec le patient mais également avec toute personne ayant assisté au début de la symptomatologie. Ainsi, il permet une orientation dans le traitement.
- ✓ les psychothérapies : différentes types de psychothérapies sont utilisées pour l'aboutissement de nos diverses tâches : les psychothérapies de soutien, TCC, la relaxation,…

1-3-3) Les acquis du stage

Ce stage nous a permis de faire la découverte de nos capacités et limites personnelles, la connaissance de soi et des autres, le savoir vivre en société grâce aux travaux en équipe. Plusieurs connaissances sont acquises et nous disposons d'une expérience pratique en psychologie clinique. Notamment, nous avons appris a :

- ✓ diriger un entretien psychologique ;
- ✓ pratiquer une écoute bienveillante et l'esprit empathique lors de nos différents entretiens avec les patients ;
- ✓ connaitre les différentes types de psychothérapies de soutien et leurs indications suivant les situations particulières ;
- ✓ réaliser une psychothérapie de soutien individuelle et familiale ;
- ✓ rédiger une observation du psychologue clinicien.

Ainsi, nos objectifs fixés au début de ce stage sont tous atteints et ont été comblés.

Chapitre II : Réflexion critique

Ce chapitre prend en compte la problématique, la méthodologie, les résultats de la recherche, la discussion et l'approche de solutions.

2-1) PROBLEMATIQUE

Chaque enfant a besoin de l'affection et de l'attention venant de ses parents, surtout de la présence du père pour pouvoir mieux s'affirmer. Mais force est de constater que la plupart des familles sont dysfonctionnelles suite aux comportements de certains pères, les conflits entre les deux parents, la séparation des parents, la polygamie, l'absence du père, les violences physiques. Suite à ces drames, les enfants vivent dans un climat de carence affective et d'autorité parentale surtout venant du père. En étant adolescents et jeunes, ces derniers se lancent à la recherche de ce manque et cherchent à combler ce vide en se donnant à la consommation des substances psychoactives jusqu'à en devenir dépendants (toxicomanie).

Cette dépendance peut être physique où l'organisme finit par avoir besoin du produit et psychique où l'arrêt des prises entraîne un sentiment de malaise, d'angoisse et parfois de dépression. La toxicomanie est la dépendance aliénante à une drogue plus ou moins toxique. Elle est déterminée par de multiples facteurs qui sont d'ordre psychologique, socio familial, culturel, économique et politique. Ici, nous nous accentuerons plus sur le facteur socio familial. C'est ce qui justifie le présent travail qui porte sur le dysfonctionnement familial dans la genèse de la toxicomanie chez les patients reçus au CNHUP-C. Cependant, nous nous sommes posés la question principale suivante : ***Est-ce que tous les patients issus d'une famille dysfonctionnelle s'adonnent à la consommation des substances psychoactives ?***

- Quelle est l'importance du rôle du père dans le maintien d'un bon état psychologique ?
- Quelle est l'importance du processus d'attachement dans la vie du jeune ?

2-1-1) Objectifs de l'étude

L'objectif général est d'étudier le dysfonctionnement familial dans la genèse de la toxicomanie.

2-1-1-1) Objectifs spécifiques

Il s'agit de :

- identifier les différentes formes de dysfonctionnement familial chez les patients ;
- montrer les répercussions du dysfonctionnement familial sur les patients toxicomanes du CNHUP-C.

2-1-2) Hypothèses de l'étude

Hypothèse générale :

Les différents dysfonctionnements familiaux conduisent les patients à la toxicomanie.

2-1-2-1) Hypothèses spécifiques

- l'absence de l'identité paternelle est à l'origine du manque de l'affirmation de soi qui conduit à la toxicomanie
- la mauvaise relation parent/enfant conduit les patients à la toxicomanie.

2-1-3) Clarification conceptuelle et revue de la littérature

Pour faciliter la compréhension de ce rapport de stage, nous avons clarifié les concepts de toxicomanie et implication. Ensuite, les contributions de quelques auteurs en matière de toxicomanie, absence du père, ont été mises en exergue.

2-1-3-1) Toxicomanie

Etymologiquement, la toxicomanie (du grec : toxikon, « poison » et mania, « folie ») désigne une dépendance physique et /ou psychologique d'une ou plusieurs substances chimiques exogènes, généralement toxiques (analgésique, stimulants et autres psychotropes) sans justification thérapeutique. (Toxicomanie Wikipédia)

Selon le petit dictionnaire Larousse de psychologie, la toxicomanie « appétence morbide manifestée par certains sujets pour des substances toxiques, entraînant des effets nuisibles pour eux-mêmes et pour la société. » (Larousse Psychologie 1995).

Le Larousse Médical la définit comme « une habitude de consommer de façon régulière et importante des substances susceptibles d'engendrer un état de dépendance physique et/ou psychiques » (Larousse Médical 2003, 1048)

La toxicomanie est une maladie complexe caractérisée par une envie intense et incontrôlable de consommer de la drogue et ce, malgré les conséquences néfastes qu'elles peuvent avoir. Bien que la toxicomanie commence par l'envie volontaire de prendre de la drogue, au fil du temps la personne devient incapable de s'en passer et la recherche à la consommation de drogue devient compulsive. Ce comportement est en fait le résultat des effets prolongés des médicaments sur le fonctionnement du cerveau. La toxicomanie est une maladie du cerveau qui affecte divers circuits cérébraux tels que le circuit de la récompense, la mémoire, l'apprentissage… Elle se manifeste de trois (03) façons différentes : la tolérance, l'accoutumance et la dépendance.

2-1-3-1-1) La tolérance

Lorsque des drogues comme la cocaïne sont utilisées de façon répétée dans le temps, la tolérance peut se développer. Elle survient lorsque le consommateur commence à ressentir les effets des drogues de manière atténuée. C'est-à-dire qu'il lui faudra une dose plus importante de stupéfiant pour en ressentir les effets désirés. La tolérance peut se produire selon plusieurs mécanismes différents. On y retrouve la tolérance physiologique, elle se produit lorsque le corps réagit moins ou plus du tout à la drogue. Une autre façon dont la tolérance peut se produire est due à un processus d'apprentissage qui implique la reconnaissance de l'environnement. Ce qui se traduit par le faite qu'une personne qui consomme de la drogue dans le même cadre encore et encore sera moins susceptible de ressentir les effets complets de la drogue.

Le développement de la tolérance chez les toxicomanes peut-être spécialement dangereux car ils prendront des doses de plus en plus élevées pour obtenir les mêmes effets et le fait d'augmenter la consommation de stupéfiant peut conduire à un surdosage et peut se révéler mortel.

2-1-3-1-2) L'accoutumance

Elle entraîne une dépendance psychique, ce qui veut dire que le toxicomane ressent l'obligation de prendre de la drogue afin de faire disparaître les troubles qui se manifeste quand cette dernière n'est plus présente dans l'organisme.

2-1-3-1-3) La dépendance

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la dépendance comme : « Un état psychique et parfois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour en ressentir ses effets psychique et parfois éviter l'inconfort de son absence. La tolérance peut être présente ou non. »

Selon Larousse Médical, la dépendance est « l'état résultant de l'absorption périodique ou continuelle d'une drogue » (Larousse Médical 2003,281).

Dépendance physique : on est dépendant physiquement lorsque le corps s'est accoutumé à l'usage d'un produit à tel point que les symptômes chimiques apparaissent lorsqu'on en est privé.

Selon le Larousse Médical, la dépendance physique se traduit par des troubles organiques dès que la drogue cesse d'être consommée : c'est l'état de manque caractérisé par des vomissements, des crampes, une angoisse intenses, etc. (Larousse Médical 2003, 281).

Dépendance psychique : c'est la nécessité parfois irrépressible d'utiliser un produit et la sensation de mal-être que l'on ressent tant qu'on ne l'a pas utilisé.

Selon le Larousse Médical, la dépendance psychique se traduit par le besoin de consommer des drogues modifiant l'activité mentale. L'abstinence provoque un désir compulsif, tyrannique, de recourir de nouveau au produit (Larousse Médical 2003, 281).

La dépendance se développe lorsque les neurones s'adaptent à l'exposition répétée des drogues et ne fonctionnent plus correctement quand cette dernière est absente du système.

2-1-3-2) Forclusion du nom du père (Tyszler J-J, 2013)

En complément au concept d'Œdipe inachevé de Freud, Lacan se réfère à la fonction paternelle, au père dans le sens où le complexe d'Œdipe ne peut se faire qu'en présence d'un tiers dénommé l'ordre du père ou nom du père. Or, cela est intimement lié avec la réalisation de la sexualité par le biais de la question de l'identité sexuelle : un homme ou une femme.

En d'autres termes, l'identification au père entraînant une représentativité dans l'inconscient notamment l'unicité du signifiant phallique, le complexe d'Œdipe constitue les prémices de la réalité humaine, particulièrement sa conquête.

Le terme de forclusion est issu du monde juridique qui signifie la perte de faculté à faire valoir un droit à l'expiration d'un délai.

Sur le plan psychologique, cela se traduirait par une sexualisation d'une relation aliénante, asservissante et spéculaire étant donné le reflet agressif de la relation lors de la phase du miroir. La forclusion effaçant complètement l'autre dans lequel devrait se fixer l'image paternelle. Lacan souligne ainsi l'absence de lien, de réponse, de réaction de l'autre au cri de la fonction paternelle.

2-1-3-3) Absence du père (Tyszler J-J, 2013)

Selon E. Sullerot (1192, p.226) « le manque du père ne se borne pas à l'absence du père présent. Un père qui ne répond pas aux besoins d'attachement de son fils, il est également un père manquant ».

De plus, deux types d'absence sont distingués par M. Porot (1973) :

- ***absence réelle*** : pouvant être durable en cas de décès, d'emprisonnement ou de maladie grave, ou intermittente suite aux obligations professionnelles du père

- ***absence virtuelle*** : bien que le père habite avec l'enfant, il ne déploie aucun effort pour établir une relation, interagir avec son enfant… le père renonce en fait à son rôle de père.

Ce qui suppose que bien que le temps passé par le père avec son enfant ne permette une évaluation bénéfique de la fonction paternelle, ce qui importe c'est l'amour, la justice et la fermeté que le père va inculquer à son enfant à travers la réalisation d'activités quotidiennes.

En psychanalyse, le père représente la loi, l'autorité… comme l'affirme M. Porot « de sa mère l'enfant attend l'amour. De son père l'enfant attend d'abord l'autorité » (M. Porot, 1973, p154). Le sujet se structure par sa réponse inconsciente à cette Loi et aux désirs incestueux auxquels elle donne forme. Le refoulement du désir (névroses), déni (perversions) ou forclusion (psychoses) de la Loi. Par conséquent, la répercussion psychologique de son absence impacterait sur la transmission de l'autorité et du développement de l'enfant. Lacan affirme que la défaillance de la fonction paternelle est susceptible d'engendrer de graves

problèmes psychologiques chez l'enfant, comme les psychoses (J. Lacan, 1996). La Loi du Père, depuis Freud, se révèle tout autant destinée à la mère (« Tu ne réintégreras pas ton produit ! ») qu'à son enfant inévitablement pris dans son désir. De plus, H. Luccioni et J.M Sutter ajoute : « Les symptômes présents dans le syndrome du Manque d'Autorité, sont de plus en plus associés, en partie ou totalement, à une carence du père » (, 1965, p.815) dont les actes de délinquance qui s'avèrent être le résultat probant d'une manque d'autorité paternelle, notamment. Quant à la manifestation sociale de l'absence du père, les garçons seraient exposés à la violence juvénile alors que les filles seraient plus vulnérables à la grossesse précoce, hors mariage, ou encore au fait d'élever seule l'enfant d'après D. Popenoe (1996).

2-1-3-4) Les substances psychoactives (Davidson C et Maso P, 2015)

Selon Davidson C et Maso P, on peut classer les substances psychoactives en 4 grandes classes en fonction de leur effet principal :

- DEPRESSEURS :

Alcool/GHB/Rohypnol/Benzodiazépines/Barbituriques/Opiacésopium/Héroine/Morphine/Méthadone.

- STIMULANTS :

Alcool/Cocaine-Crack/Amphétamines/Barbituriques/Ritaline/Concerta/Ecstasy.

- PERTUBATEURS :

Alcool /Cannabis/ Solvants-Inhalant.

- HALLUCINOGENES :

Alcool/Ecstasy/LSD/Mescaline/PCP/Kétamine/Champignons magiques

2-1-3-4-1) L'ALCOOL

Liquide incolore et inflammable obtenu par distillation du vin et des jus sucrés fermentés (alcool éthylique).

2-1-3-4-2) OPIACES

Ils se présentent sous forme de poudre ou cristaux de couleur blanche ou brune (Brown shugar) ou noir. Coupée avec d'autres substances (lactose, strychnine (alcaloïde toxique),

amidon, bicarbonate de soude, quinine…) et consommé par inhalation sniffée ou fumée. Les effets ressentis sont entre autres :

- Le « flash », ressenti essentiellement lors d'injection, procure un état de bien être extraordinaire, impression de chaleur, de relaxation, et de désinhibition.

- Très rapidement remplacé par une somnolence et un repli sur soi (« piquer du nez » est une attitude caractéristique).

- Le produit réduit la douleur.

- Une dose d'héroïne dure entre quatre et six heures.

2-1-3-4-3) CANNABIS

Il se présente comme suit :

- La marijuana est extraite des fleurs et des plantes séchées (feuilles, fleurs, tiges, graines).

- Le haschisch est tiré de la résine sécrétée par le chanvre indien (cannabis).

- Marocain (kaki verdâtre)

- Libanais (brun terre)

- Afghan (noir)

- Huile de cannabis : Pâte liquide vert foncé voire noire obtenue en mélangeant résine avec solvant ou alcool.

2-1-3-4-4) COCAINE

Extrait des feuilles de coca, la cocaïne est obtenue par la distillation des feuilles de cocaïer préalablement séchées. Elle se présente sous la forme d'une fine poudre blanche floconneuse et cristalline (comme du sucre fin), sniffée, fumée, inhalée ou administrée par injection. Dans l'eau elle est peu soluble, d'une saveur amère et d'une sensation d'engourdissement (anesthésie) sur la langue lorsqu'on la goûte.

2-1-3-5) Les critères diagnostiques

Les critères permettant de faire la différence entre un usage problématique de substance et une dépendance sont bien codifiés et sont répertoriés dans les deux grands systèmes de classification des troubles mentaux et du comportement :

- La CIM-10 de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Dans cette nouvelle version du DSM-5, l'abus et la dépendance sont regroupés en une seule entité : « trouble d'utilisation de substance » avec une description de critères pour l'intoxication, le sevrage et les troubles induits par le produit. Ces critères sont au nombre de onze. Les critères correspondants aux problèmes légaux récurrents ont été élevés. La notion de besoin impérieux a été rajoutée. Il y a un continuum de sévérité avec trois (03) degrés. Le sevrage de cannabis et de caféine est apparu.

Nouveaux critères :

Présence d'au moins deux critères au cours de la dernière année :

- Désir impérieux (craving) d'utiliser une substance psychoactive.

- Difficulté de contrôler l'utilisation= perte de contrôle.

- Tolérance.

- Syndrome de sevrage à l'arrêt.

- Impossibilité d'accomplir des obligations importantes.

- Poursuite de la consommation malgré ses effets négatifs psychiques ou physiques.

- Crée des problèmes interpersonnels.

- Désir ou efforts persistants pour diminuer

- Diminution des activités au profit de la consommation.

- Beaucoup de temps passé à consommer.

- Usage lorsque c'est physiquement dangereux.

Sévérité légère : 2-3 critères.

Sévérité modérée : 4-5 critères.

Sévérité sévère : plus de 6 critères.

La rémission récente est d'au moins trois (03) mois et moins de douze (12) et la rémission durable est de plus de douze (12) mois sans critères, à l'exception du besoin impérieux.

2-1-3-6) Effets sur la santé

Les pratiques addictives constituent un risque pour la santé, dès le stade de l'usage (ou usage simple). Au stade de la dépendance, elles constituent un problème de santé important pour le sujet lui-même, pouvant retentir sur les tiers.

Tabac

Il est responsable de plusieurs pathologies :

- Cancers du poumon, de la vessie, de l'appareil digestif et de la sphère ORL

- Bronchopathie chronique obstructive, insuffisance respiratoire chronique

- Asthme

- Pathologies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral…)

- Anxiété, dépression.

Alcool (éthanol)

Ses effets sont immédiats et chroniques :

Effet immédiats :

- diminution de vigilance et des réflexes, troubles de la vision

- ivresse, perte de contrôle avec prise de risque (conduite dangereuse de véhicules…), familiarité, passage à l'acte violent

- coma éthylique en cas d'absorption massive

Effets chroniques :

- cancers (ORL, bouche, œsophage…), maladie du foie (hépatite, cirrhose…)

- maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, accidents vasculaires cérébraux…)

- atteinte du système nerveux central et périphérique, dépression

- pancréatite, dénutrition.

Cannabis

Les effets immédiats sont:

- diminution de la vigilance, des réflexes et des capacités de mémoire

- troubles des perceptions (vue, ouïe…)

- somnolence, ivresse

- dépression→ tentative de suicide

Consommation chronique :

- syndrome motivationnel : manque d'intérêt pour les activités professionnelles ou scolaires, isolement social

- aggravation d'un asthme ; bronchopathie chronique obstructive

- infarctus du myocarde, troubles du rythme cardiaque

- complications liées au tabac lorsque le cannabis est associé à ce dernier.

Cocaïne

- Troubles de la mémoire

- Forte anxiété, dépression, troubles du comportement

- Pathologies cardiovasculaires (infarctus du myocarde…).

Héroïne

- Somnolence, dépression respiratoire, coma allant jusqu'à la mort

En fonction du mode d'administration :

- contamination par les virus du VIH et/ou des hépatites B ou C.

Médicaments (anxiolytiques, somnifères, antidépresseurs, certains antalgiques…) :

Variables suivant la classe médicamenteuse : somnolence, modifications du comportement, troubles de la mémoire, troubles des capacités motrices…

Drogues de synthèse :

Effets variables d'un produit à l'autres et suivant le mode d'injection :

- pathologies psychiatriques (hallucinations…),

- violence,

- troubles de la vigilance,

-pathologies cardiovasculaires,

- pathologies respiratoires,

- insuffisance rénale,

- infections virales ou/et bactériennes.

Ecstasy

- Maux de tête, nausées, hallucinations

- Fièvre importante ou trouble du rythme cardiaque pouvant entraîner la mort.

Il convient de préciser que la durée et l'intensité des effets varient suivant les produits, la quantité consommée et la régularité de la consommation. Ces effets se multiplient lorsqu'il y a consommation de plusieurs substances psychoactives en même temps (poly toxicomanie).

2-1-3-7) Traitement et prise en charge

Nous aborderons les différents traitements et prise en charge de la toxicomanie.

2-1-3-7-1) Le sevrage

Le sevrage se définit comme l'arrêt de la consommation de drogue. Il s'accompagne d'un ensemble de symptômes traduisant un état de manque, appelé « syndrome de sevrage ». Les signes du manque sont plus ou moins intenses et longs, selon les personnes et les produits.

2-1-3-7-2) 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 aux stress, aux difficultés. Elle permet de prendre du recul par rapport à ses problèmes, son histoire et le sens que peut y prendre l'addition.

L'entretien motivationnel est le plus utilisé dans la prise en charge psychothérapeutique des patients addicts aux drogues. Pour Miller et Rollnick 2006, l'entretien motivationnel est : « aider la personne à engager le changement » ; « c'est une méthode de communication directive centrée sur la personne à aider, utilise pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par exploration et la résolution de l'ambivalence. »

L'objectif principal de l'entretien motivationnel est d'augmenter la motivation des personnes dans des situations d'ambivalence, renforcer l'engagement de la personne à attendre un but spécifique en explorant les raisons propres de la personne, ceci dans un climat d'acceptation et de compassion. Pour pouvoir faire l'entretien motivationnel, il faut :

- Reconnaitre le stade de changement du patient et alors appliquer les stratégies motivationnelles adaptées à ce stade.

- Susciter une motivation intrinsèque à agir et à changer chez la personne qui doit modifier ses comportements face aux traitements ou à une dépendance.

- La porter à agir par elle-même plutôt que par une stimulation extérieure provenant des soignants.

- Explorer l'ambivalence ou changement du malade et arriver à la dépasser en misant sur une approche ouverte et respectueuse de ce qu'il vit et ressent face à son problème.

- Redonner au malade l'estime de soi, renforcer sa maitrise de soi et le remettre au contrôle de sa vie.

2-1-3-7-3) Chimiothérapies (Traitements médicamenteux)

Quel que soit le produit, l'arrêt de la consommation est généralement accompagné d'une forte anxiété chez l'usager. Afin de limiter ces angoisses, des médicaments de la classe de benzodiazépines sont le plus souvent prescrits. D'autres médicaments sont choisis en fonction des signes du manque et varient selon les produits mais également le ressenti de la personne.

Dans tous les cas, c'est un accompagnement individualisé et global (médico-psycho-social) au long cours qui est le plus à même d'adopter un mieux-être aux personnes en difficulté avec les drogues.

2-1-3-7-4) Soutien familial et social

L'entourage des patients est invité à des entretiens des proches tout au long du séjour des patients. La rencontre avec d'autres personnes proches permet à celles-ci de se sentir moins isolés et de pouvoir partager leurs expériences sans se sentir jugés. Ces séances aident à améliorer la communication dans les familles, car on mettra à disposition des personnes proches les mêmes « outils », les mêmes concepts de traitement qu'on propose à leurs proches dépendants. Ces séances permettent aussi de déceler des difficultés dans les couples, dans les familles qui demandent une prise en charge spécifique. Ces personnes seront orientées vers des spécialistes dans le domaine de leurs difficultés. Ces séances sont dirigées par un psychologue.

2-2 Méthodologie

Notre étude s'est déroulée au CNHUP de Cotonou. Ce centre est subdivisé en cinq (05) blocs dont l'Unité de Soins d'Urgence aux Toxicomanes (UST) qui s'occupe de la prise en charge des toxicomanes. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique qui comprend deux (02) phases à savoir : une phase rétrospective et une phase prospective. La phase rétrospective couvre la période du 03 Décembre au 07 Décembre 2018 tandis que la phase prospective s'est déroulée du 10 Décembre 2018 au 10 Janvier 2019. La population d'étude est constituée de trente (30) patients toxicomanes hospitalisés au CNHUP-C.

Les patients retenus pour notre étude sont tous ceux qui dans le passé présentaient une conduite toxicomaniaque, avec une dépendance à la consommation des substances psychoactives. Nous avons exclu de l'étude tout patient ayant consommé les substances psychoactives pour une première fois, de façon occasionnelle ou festive ou qui ne sont pas dépendants.

Le déroulement de la collecte des données s'est déroulé comme suit :

- recensement des cas de toxicomanie de façon générale ;
- détermination des différents dysfonctionnements familiaux.

Les données collectées sont traitées à l'aide du logiciel Excel 2010.

2-3) Résultats de la recherche

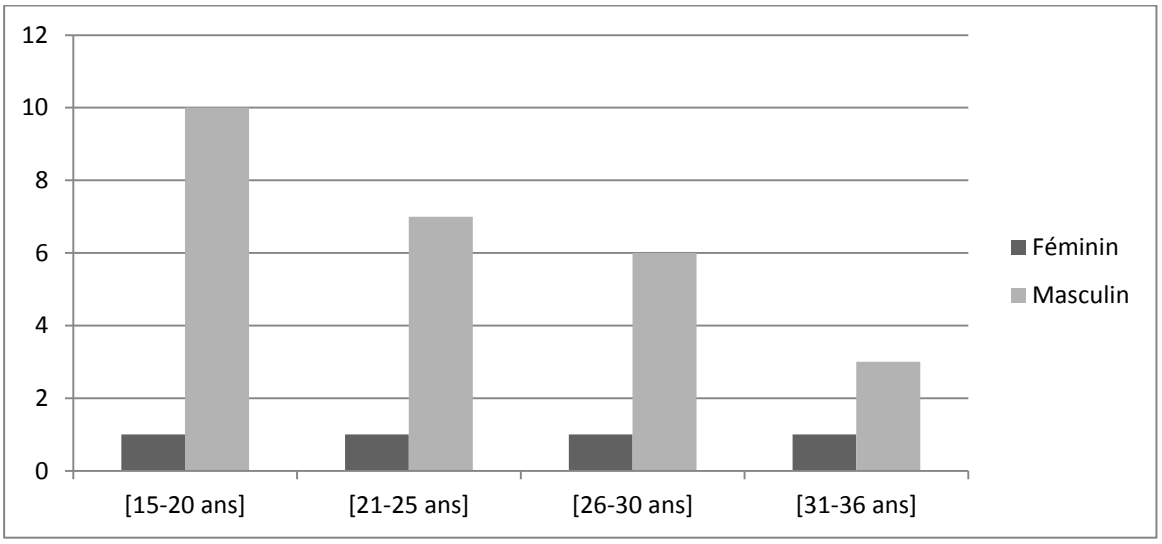
Cette partie nous permet de présenter d'une part le résultat quantitatif et d'autre part le résultat qualitatif des enquêtes réalisées.

2-3-1) Résultat quantitatif

Caractéristiques générales

- Age et sexe des toxicomanes

La figure 1 représente la répartition des patients selon le sexe et la tranche d'âge



Source : Réalisée par nous-même (février 2019)

Figure1 : Répartition des patients selon le sexe et la tranche d'âge.

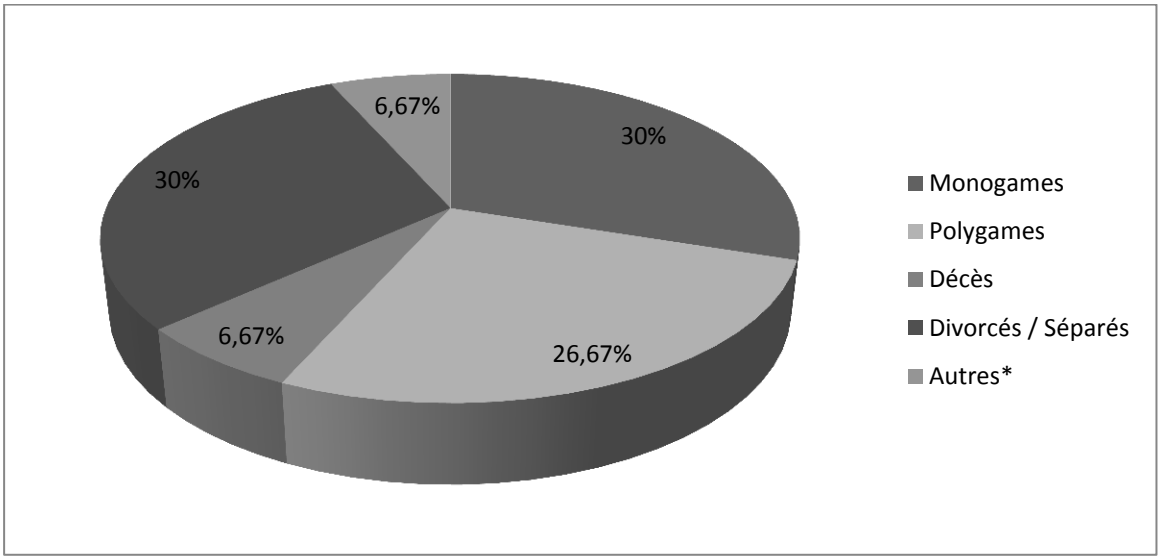
Les résultats de l'enquête nous montrent que 33,34% des hommes entre la tranche d'âge de 15 à 20 ans sont plus touchés par la toxicomanie ; 23,34% des hommes entre 21 à 25 ans ; 20% entre 26 à 30 ans ; 10% entre 31 à 36 ans et 3,33% des femmes au niveau de chaque tranche d'âge.

- Nationalité : Trois (03) nationalités sont recensées dont 93,33% de béninois.

- Niveau d'instruction : 70% des patients étaient des universitaires (étudiants ou fonctionnaires) ; 30% étaient des élèves ou ont arrêté les études.

Caractéristiques familiales

- Type de famille



Source : Réalisée par nous-même (Février 2019).

Figure 2 : Répartition des patients selon la situation matrimoniale des parents. (* « Autres » représente toute structure familiale non décrite par les patients.)

Ici, nous remarquons que 30% des parents sont divorcés/séparés et sont monogames ; 26,67% sont polygames ; 6,67% sont décédés et non précisés par les patients.

- Lieux de résidence des patients

Tableau I : Répartition des patients selon le lieu de résidence.

	Effectifs	Pourcentages
Chez les deux parents	11	36,67
Chez le père uniquement	1	3,33
Chez la mère uniquement	11	36,67
Chez le père remarié	1	3,33
Chez la mère remariée	1	3,33
Autres*	5	16,67
Total	30	100

*« Autres » désignent les placements chez un parent (tantes, oncles, amis), dans un internat, seul.

Source : Réalisé par nous-même (Février 2019).

En ce qui concerne la répartition selon le lieu de résidence, 36,67% des patients toxicomanes vivent chez la mère uniquement et chez les deux parents ; 16,67% sont placés chez un parent,

dans un internat ou vivent seuls ; 3,33% vivent chez le père uniquement, chez le père remarié et chez la mère remariée.

- Types de communication au sein des familles

Tableau II : Répartition selon le type de communication familiale

	Effectifs	Pourcentages
Paradoxale	6	20
Autoritaire	1	3,34
Dialogue	1	3,34
Protectionnisme	12	40
Communication unilatérale	4	13,33
Autres*	6	20
Total	30	100

* « Autres » désignent ici, toutes les autres formes de communication familiale non catégorisées dans notre étude.

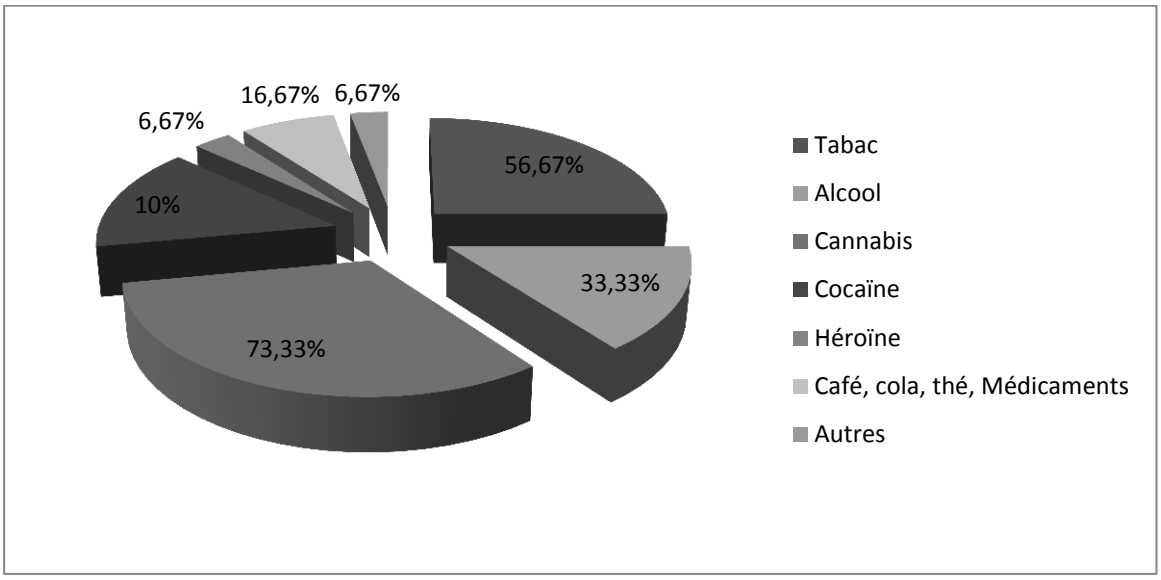
Source : Réalisé par nous-même (Février 2019).

Il en ressort de ce tableau que 40% de communication protectionnisme ; 20% de communication paradoxale et non catégorie ; 13,33% de communication unilatérale et 3,34% d'un bon dialogue et de l'autoritarisme.

- Situation professionnelle des parents : 90% des sujets des patients sont issus de parents exerçant un emploi.

Caractéristiques psychopathologiques

- Substances psychoactives consommées par les patients

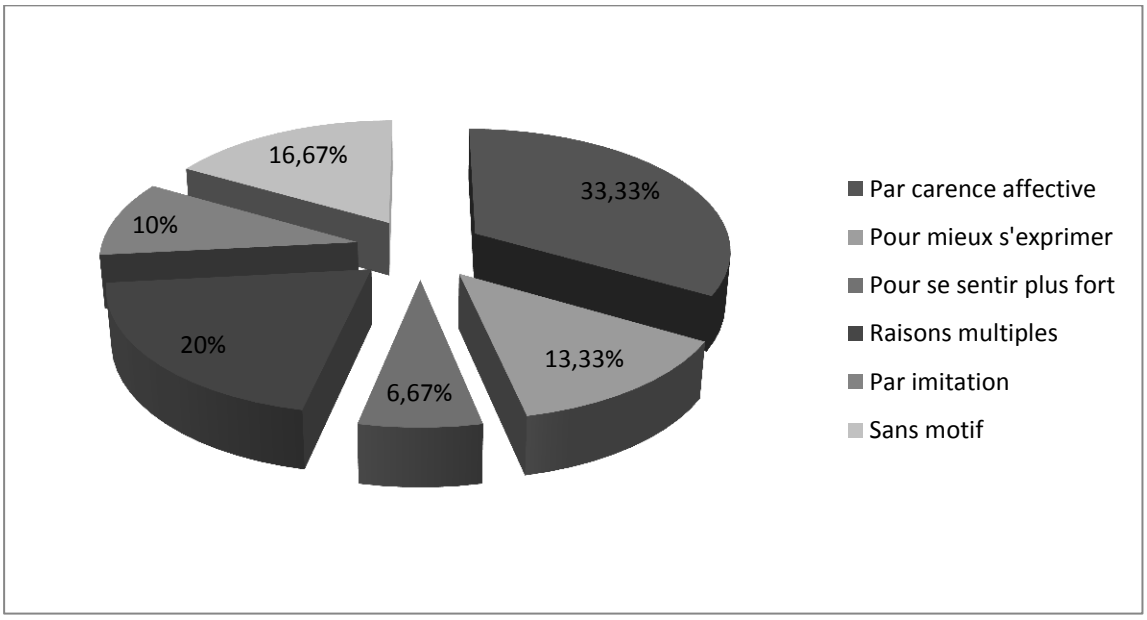


Source : Réalisée par nous-même (Février 2019).

Figure 3 : Répartition des patients selon les substances psychoactives consommées. (« Autres » représentent les associations fabriquées par le patient.)

Les résultats nous montrent que 73,33% des patients enquêtés consomment du cannabis ; 56,67% consomment tabac ; 33,33% consomment de l'alcool ; 16,67% sont accros aux médicaments, café, thé ; 10% à la cocaïne ; 6,67% à l'héroïne et aux associations fabriquées par le patient.

- Raisons évoquées



Source : Réalisée par nous-même (Février 2019).

Figure n°4 : Répartition des patients selon les raisons évoquées.

Selon les raisons évoquées, 33,33% par carence affective ; 20% pour raisons multiples ; 16,67% sans motif ; 13,33% pour mieux s'exprimer ; 10% par imitation et 6,67% pour se sentir plus fort.

2-3-2) Résultat qualitatif

Nous illustrons notre étude par deux observations cliniques :

2-3-2-1) Observation clinique I

1-IDENTITE DU PATIENT

Il s'agit du patient G.M.S âgé de 25 ans de sexe masculin, infographe, célibataire sans enfant, de religion islamique (depuis 2ans), ethnie Agonlin et domicilié à Zoka Calavi.

2-MOTIF DE CONSULTATION

Accompagné de son père pour une cure de désintoxication.

3- ANAMNESE

Le début remonterait à 15 ans, entamé en 2001, marqué par la prise de sa première cigarette grâce à des amis. Il avait 10 ans. 4 ans après (2005) à 14 ans, il consomme sa première drogue : 4 chanvres indiens (marijuana). En effet, le patient aurait envie depuis l'enfance le rêve de devenir le plus grand narcotrafiquant du Bénin et d'aller en enfer. Par curiosité, j'ai voulu savoir ce que c'était que la drogue¨ dit-il.

A l'école, personne ne le brimait à cause de son frère aîné, lui-même consommateur de drogue. A ce propos, il déclare : « mon frère était la star de ma vie. Il était populaire et intouchable, non pas à cause de l'argent de nos parents mais à cause de la drogue. » Cette première consommation l'a fait planer. Il s'en est suivi successivement la prise d'héroïne (ce qui lui donne une sensation d'invincibilité et l'envie de tirer sur quelqu'un). Il dit en avoir pris de façon régulière afin d'être habitué dans le but d'être accepté dans le groupe et de montrer qu'il est un courageux. Le mode de consommation était par inhalation et il prenait en grande quantité. Il existe également une association des drogues entre elles ainsi qu'avec des médicaments tels que : Rivotrine, Tramadol, Lexomil. Cela a continué jusqu'en 2016 où le

patient a décidé de sa propre volonté de faire un sevrage. On note 7 cures de désintoxication qui ont toutes durées deux semaines avec trois cures volontaires et quatre involontaires.

Il nous vient alors ce jour (07/04/16) pour une meilleure prise en charge à 3h du matin car ne voulant pas venir en pleine journée dans le centre de peur d'être pris par un malade mental et d'être reconnu par quelqu'un. La dernière prise remonte à minuit (il en a consommé pour 65.000F).

4- ANTECEDENTS :

Personnels :

Médicaux : Ulcère gastroduodénal en 2015

Churigicaux : Appendicectomie en 2004

-Extraction dentaire avant l'âge de 3 ans

Psychiatriques : Idées suicidaires sans passage à l'acte : « J'ai envie de me coucher et mourir. »

- Conduites anti sociales +++
- Multiples cures de sevrage

Familiaux :

- Père : HTA depuis 3 ans environ suivi sous Amodipine.

  Diabète depuis 3 ans sous Diamicron

- Mère : HTA depuis 8 ans et Diabétique.

- Collatéraux : Benjamin d'une fratrie de 4 enfants (1 fille et 3 garçons) vivants et en bonne santé apparente.

BIOGRAPHIE :

Ascendants : Père : G.P, directeur de la bibliothèque nationale, directeur de cabinet du président de la république, père de 04 enfants divorcé.

- Mère : L.L, divorcée, à la retraite, vivant en Suisse, mère de 04 enfants.

- Fratrie : 1er : Garçon (35 ans)

2e : Garçon

3e : Fille

4e : Patient

Développement du patient

- Conception, grossesse: Normale, grossesse désirée.
- Développement psychomoteur : normal
- Milieu éducatif : vit officiellement avec le père (père laxiste avec tendance à tout concéder à son enfant pour le garder). Parfois l'enfant va se réfugier dans leur troisième maison ou chez sa mère quand elle était encore au pays.
- Scolarité : Maternelle : 3 ans

  Classe reprise : Pas de notion de reprise

  Notion d'instabilité à partir de la classe de 2nde
- Développement sexuel et adaptation sentimentale : Non renseigné
- Développement intellectuel et professionnel avec niveau de stabilité : Sans particularité

EVENEMENTS MARQUANTS :

Positif : Sans particularité

Négatif : Mort d'une amie qui se droguait et qu'il avait initié à cela.

ENQUETE SOCIALE

- Patient nerveux colérique, en conflit avec tout le monde.
- Affectueux avec ses frères
- Têtu de nature
- Après ses prises : agressivité physique (bagarre) et verbale avec des retours à la maison à cause du manque chaque fois qu'on le dépose à l'école.

DEMANDE DU PATIENT

- Consciente : Arrêter la consommation de la drogue
  - Soulager ses douleurs
- Inconsciente : - Retrouver une famille unie

- Se réconcilier avec son père et remonter dans son estime.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE

Présentation

- Tenue propre et adaptée
- Contact : Syntone
- Mimique : normale
- Comportement : Agressivité verbale envers son père

Conduites instinctuelles

- Alimentation : Patient anorexique, les fois où il mange c'est de la bouillie qu'il prend.
- Sommeil : Insomnie pendant les périodes de manque.

Conduites sociales et addictives

- Fugue consciente
- Vols à son père de fortes sommes d'argents, pouvant aller jusqu'à 600.000fr pour se procurer de la drogue.
- Agressivité verbale et physique dans les périodes de consommation.
- Addiction aux substances psychoactives (cigarette, tabac, cocaïne, héroïne, marijuana)

Fonctions supérieures

Etat émotionnel : Anxiété, irritabilité

Propos cohérents

Idéations suicidaires antérieures avec plan (overdose).

RESUME SYNDROMIQUE

Il s'agit du patient G.M.S âgé de 24 ans, aux antécédents d'ulcère gastroduodénal et d'appendicectomie chez qui l'entretien et l'examen ont permis de noter

- un début remontant à 15 ans
- une prise chronique de substances psychoactives
- des douleurs osseuses dans les membres thoraciques
- un évènement dépressif fait d'anxiété et d'idées suicidaires.

HYPOTHESE DIAGNOSTIQUE

Toxicomanie associée à une dépression.

2-3-2-2) Observation clinique II

1- IDENTITE DU PATIENT

Il s'agit du patient B.T âgé de 19 ans, élève, célibataire sans enfant, de religion catholique, d'ethnie Bété et domicile non précisé.

2- MOTIF DE CONSULTATION

Patient accompagné de sa mère pour rires immotivés et insomnie d'endormissement.

3- ANAMNESE

Le patient aurait commencé à prendre des substances psychoactives (cannabis) depuis la classe de 4eme à l'âge de 14 ans en compagnie des élèves de son collège ; ceci à l'insu de sa mère. Il est devenu dépendant au cannabis, à la cigarette de marque Marlboro avec plus de 3 baguettes/jours. Par la suite, il découvrit d'autres produits tels que Efon, Néocodion et du Phenergan qu'il consommerait depuis quatre ans qu'il mélange avec la boisson Sprite. Le patient dit qu'il ne consomme plus du cannabis puisqu'il n'en trouve plus à en acheter. Il trouve plus de facilité à aller dans les pharmacies pour s'approvisionner en Phénergan, Efon et en Néocodion. Selon le patient, il prend ses produits pour pouvoir bien dormir. Sa dernière consommation date de trois jours avant l'admission. La mère dit qu'elle prend toutes les mesures pour l'empêcher de consommer, mais en vain.

Depuis quelques jours, le patient développe des bizarreries comportementales à l'école, ce qui obligea la mère à le retenir à la maison. La mère signale que le patient mange beaucoup (boulimie). Il n'arrive pas à rester sur place (instabilité psychomotrice) et a des rires immotivés. La persistance de ses symptômes à motiver la consultation en milieu spécialisé.

4- ANTECEDENTS

Personnels : Antérieurement suivi en côte d'Ivoire en psychiatrie pour tentative de sevrage.

BIOGRAPHIE :

Père : vivant en Côte d'Ivoire.

Mère : vivante actuellement au Bénin.

Fratrie : le Patient est le benjamin d'une fratrie de 2 garçons.

Développement et scolarité du patient :

Les parents seraient séparés depuis son enfance et il est resté depuis lors avec sa mère. Le patient dit : « cela ne m'a pas posé de problème puisque je n'étais pas conscient de la séparation de mes parents ». Il aurait commencé la consommation à l'âge de 13 ans avec ses pairs de l'école à l'insu de sa mère. Il dit : « J'étais seul, ma mère n'est souvent pas là… »

Il reprit la classe de 3ème et 1ère (difficultés scolaires).

ENQUETE SOCIALE

- Conduites addictives depuis l'âge de 13 ans. Il dit : « Je me sens perdu, très mal, si je ne prends pas mes substances… ».
- Actuellement, il a repris la classe de 2nde compte tenu de ses difficultés scolaires à suivre les cours en classe de 1ère.
-Très attaché à sa mère.

DEMANDE

« J'ai vraiment pas envie d'arrêter… »

PROBLEMATIQUE

- Manque d'affirmation de soi
- Vide affectif
- Surprotection de la mère
- Absence du père
- Toxicomanie

2-3-2-3) Analyse psychologique

Observation clinique I :

Il s'agit du patient G.M.S âgé de 25 ans de sexe masculin, infographe, célibataire sans enfant, de religion islamique (depuis 2ans), ethnie agonlin et domicilié à Zoka Calavi.

Quelles sont les raisons principales qui l'on amené à la toxicomanie ?

Qu'est-ce qui pourrait être à la base de ces tentatives de suicides ?

Toutes ces interrogations nous permettrons d'expliquer cette dépendance aux substances psychoactives et ces tentatives de suicide. D'après l'enquête sociale et l'entretien mené avec le patient, il relève que ce dernier aurait envie depuis l'enfance le rêve de devenir le plus

grand narcotrafiquant du Bénin et d'aller en enfer. Il dit : « Par curiosité, j'ai voulu savoir ce que c'était que la drogue». A l'école personne ne le brimait à cause de son frère aîné, lui-même consommateur de drogue. A ce propos, il déclare : « mon frère était la star de ma vie. Il était populaire et intouchable, non pas à cause de l'argent de nos parents mais à cause de la drogue. Il dit en avoir pris de façon régulière afin d'être habitué dans le but d'être accepté par le groupe et de montrer qu'il est courageux ». Nous pouvons dire c'est par la curiosité et imitation que le patient a consommé pour la première fois les substances psychoactives.

Lorsque nous nous intéressons à la situation familiale du patient, nous remarquons que ses parents sont divorcés et ce dernier vit officiellement avec son père (père laxiste avec tendance à tout concéder à son enfant pour le garder). La demande inconsciente du patient est de retrouver une famille unie et se réconcilier avec son père et remonter dans son estime. D'après ces informations, nous pouvons dire que le patient est affecté par la séparation de ses parents. Il serait dans le manque de l'affection venant de sa mère, ce qui pourrait le conduire à ces tentatives de suicide.

Nous pouvons donc affirmer qu'il s'agit d'un dysfonctionnement familial qui a conduit le patient à la toxicomanie.

Observation clinique II :

Il s'agit du patient B.T âgé de 19 ans, élève, célibataire sans enfant, de religion catholique, d'ethnie Bété et domicile non précisé.

D'après l'enquête sociale, il relève que le patient aurait commencé à prendre les substances psychoactives (cannabis) depuis la classe de 4^{e} à l'âge de 14 ans en compagnie des élèves de son collège ; ceci à l'insu de sa mère. Il dit : « J'étais seul, ma mère n'est souvent pas là… ». Les parents seraient séparés depuis son enfance et il est resté depuis avec sa mère. Il dit : « cela ne m'a pas posé de problème puisque je n'étais pas conscient de la séparation de mes parents». Nous notons chez le patient un attachement à sa mère, un manque d'affirmation de soi, absence d'autorité paternelle, un vide affectif qu'il cherche à combler par la consommation des substances psychoactives.

Nous pouvons donc affirmer que l'absence de l'autorité paternelle est la raison fondamentale du manque de l'affirmation de soi chez le patient.

2-4) DISCUSSION

De l'analyse des résultats que nous avons obtenus, il ressort que les toxicomanes sont issus de parents divorcés ou séparés (30%) et de parents monogames (30%) ; 26,67% sont issus de parents polygames et 6,67% sont issus de parents décédés *(Figure 2)*. Selon Philippe Jeammet, les conflits familiaux sont inévitables. Il n'est pas souhaitable que les parents entretiennent l'illusion d'un couple parental sans faille et d'un monde sans conflit. Cela ne préparerait guère l'adolescent à la réalité de la vie conjugale et familiale ni à celle de la vie en générale. Tout se repose sur la façon dont les parents gèrent ces conflits et sur la place qu'ils donnent à l'adolescent. Aussi, la drogue la plus consommée par nos enquêtés est le cannabis (73,33%) *(Figure 3)*. Le cannabis encore appelé au Bénin « gué », « gandja », ou « odja » est la substance la plus consommée par nos enquêtés (47,66%) (Gansou et al.).

Nous pouvons dire que l'hypothèse générale qui stipule que « les différents dysfonctionnement familiaux conduisent les patients à la toxicomanie » est vérifiée.

Ensuite, des résultats obtenus nous voyons que 36,67% des toxicomanes vivent chez leurs mères uniquement et chez les deux parents dans une ambiance pas très adéquate *(Tableau I)*. Nous remarquons de notre étude que les patients vivant avec leurs mères uniquement sont plus attachés à cette dernière et n'arrivent pas à faire face à différentes situations de la vie en général. Le père étant absent, l'enfant n'est plus soumis à une autorité paternelle qui pourra plus tard une fois à l'adolescence lui permettre de mieux s'affirmer et de construire une vie familiale saine. Pour Philippe Jeammet, ne pas exercer d'autorité, c'est abandonner l'enfant à lui-même, à la tyrannie de ses besoins et de ses contradictions, sans références extérieures pour les réguler, les projeter dans l'avenir et leur donner un sens. Exercer une autorité ne consiste pas à soumettre l'enfant à la volonté de l'adulte. C'est plutôt savoir poser des limites aux satisfactions immédiates, non pas en fonction des seuls desseins de l'adulte mais au nom de cette référence tierce que sont les conditions d'un développement optimal de l'enfant. Au contraire de l'autoritarisme, le but de l'autorité n'est pas de contraindre l'enfant mais de l'aider à s'épanouir et à trouver sa place dans les limites transmises par les adultes, dans une relation de confiance qui lui permet à l'adolescent de mettre à l'épreuve ses limites sans avoir peur de perdre sa valeur aux yeux de son entourage.

De tout ce qui précède, nous déduisons donc que l'hypothèse 1 selon laquelle « l'absence de l'identité paternelle est à l'origine du manque de l'affirmation de soi qui conduit à la toxicomanie » est vérifiée.

Nous avons noté dans notre travail que 33,33% des toxicomanes ont commencé par consommer les substances psychoactives suite à une carence affective *(Figure n°4)* et au sein de leurs familles la communication protectionnisme domine le tableau relationnel (40%) *(Tableau II).* Ces résultats témoignent des dysfonctionnements au sein des familles des toxicomanes. Les parents, de plus en plus occupés par leurs activités professionnelles, s'acquittent moins bien de leurs responsabilités au niveau familial. Cette situation entraîne un relâchement dans les relations parents-enfants et donne lieu à une défaillance dans la fonction éducative des enfants. Lorsqu'il est élevé dans un milieu stable, il est immunisé contre la délinquance. Il vit le divorce et la séparation de ses parents comme un stigmate. Il se sent mal aimé, rejeté, voire en insécurité et s'adonne à des actes de délinquance voire l'usage abusif de substances psychoactives pour compenser son vide. (Wansi 1998).

Enfin, nous pouvons déduire que l'hypothèse 2 qui stipule que « la mauvaise relation parent-enfant conduit les patients à la toxicomanie » est vérifiée.

2-5) APPROCHES DE SOLUTIONS

Au terme de cette étude, nous préconisons quelques approches de solutions :

- sensibiliser les familles sur l'importance de la cohésion familiale en créant un climat de confiance et de dialogue ;

- organiser dans les écoles des exposés, des journées de sensibilisation, des projections de films, des tables rondes autour de la lutte contre la toxicomanie ;

- organiser des activités de loisirs afin d'éviter l'ennui et l'oisiveté chez les adolescents/jeunes ;

- créer des groupes de discussions interactives à travers des groupes d'entraides qui pourraient aussi être proposés dans l'objectif de sensibiliser les jeunes sur les causes et conséquences de la toxicomanie.

CONCLUSION

La toxicomanie est une maladie complexe caractérisée par une envie intense et incontrôlable de consommer de la drogue et ce malgré les conséquences néfastes qu'elle peut avoir. Elle est issue de la rencontre d'une personnalité donnée, d'un produit donné à un moment socioculturel donné. (Dr Claude Olivenstein). Au terme de notre étude, nous avons constaté que tous les toxicomanes sont issus de familles dysfonctionnelles au sein desquelles l'absence de représentations parentales authentiques est mise en cause.

L'objectif général de cette étude a été d'étudier le dysfonctionnement familial dans la genèse de la toxicomanie. Pour atteindre cet objectif, nous avons d'abord effectué une recherche documentaire. Celle-ci nous a permis d'affirmer la problématique de l'étude. De même, une étude transversale descriptive et analytique a été réalisée. Les différentes données collectées sont traitées à l'aide du logiciel Excel 2010. De l'analyse, il ressort que l'absence de l'identité paternelle est la raison du manque de l'affirmation de soi chez les patients. De même, le manque d'une bonne relation parent-enfant conduit les patients à la toxicomanie. Ces différents résultats nécessitent donc des approches de solutions. Il s'agit entre autres de sensibiliser les familles sur l'importance de la cohésion familiale en créant un climat de confiance et de dialogue, d'organiser dans les écoles des exposés, des journées de sensibilisation, des projections de films, des tables rondes autour de la lutte contre la toxicomanie.

Il s'agira de mener des activités de prévention beaucoup plus tôt dans le milieu éducatif et de renforcer le rôle régulateur de l'environnement familial sur les crises de l'Œdipe ou de l'adolescence. Pour cela, il faut développer la prise en charge des adolescents : la pratique d'activités augmentant l'estime de soi, le renforcement des compétences psychosociales et l'aide à la parentalité. L'Etat a cette mission de soustraire les enfants à ce fléau qu'est la consommation des substances psychoactives et devra à cet effet associer les professionnels de la santé mentale et les Organisations Non Gouvernementales (ONG) à cette lutte.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- ADES, J. (2012), « Addictions et troubles des conduites », dans *Manuel de psychiatrie*, GUELFI, J-D. et ROUILLON, F., Italie, 2e éd, pp. 441-476.

2- BERGERET, J. (1994), *Toxicomanie et personnalité*, Paris, PUF, 2ème éd., 127p.

3- BIOY, A. (2012), *L'aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin*, Paris.

4- CHARAZAC, P. GUILLOMOT, P. ROMBEAUT B. FREDOUILLE, J. JOUBERT, C. KRUCZEK, E. DUCHARME, F. BERARD, A. KENIGSBERG, P. CHARAZAC-BRUNEL, M. et ASCODOCPSY. (2012) « La famille et son parent âgé », *Santé mentale*, n°171, pp.88.

5- CHEMAMA, R. (1995), *dictionnaire de la psychanalyse*, nouvelle éd, Larousse.

6- DAGOU, D. « Consommation de drogue chez l'adolescent et réactions parentales », *Psy Cause*, vol.66, pp.8-18.

7- DAVIDSON, C. et MASO, P. (2015), *La contre-addiction Thérapie cognitivo-comportementales et dépendances*, Edilivre, 175.

8- GANSOU, M.G. TOGNIDE, M. FIOSSI KPADONOU, E. ALIHONOU, A. EZIN HOUNGBE, J. AGOSSOU, T. AHYI, R.G. « Caractéristiques épidémiologiques et psychopathologiques de la toxicomanie au Bénin », *Psy Cause*, vol.65, pp.35-41.

9- JEAMMET, P. (2006*), L'adolescence Vie familiale*, éd J'ai lu, Paris.

10- MARCELLI, D. (2003), *Enfance et psychologique*, 6e éd, Masson.

11- SILLAMY, N. (1995), *dictionnaire de la psychologie*, nouvelle éd, Larousse.

12- TERENO, S. GUEDENEY, N. NANCY, P. ATGER, F. LAFAY, C. LESUR, A. FRIARD, D. ASCODOCPSY. (2010), « L'attachement», *Santé mentale*, n° 148, pp.72.

13- TYSZLER, J-J. (2013), *Sigmund Freud*, France, éditorial Piktos, coll. « A la rencontre de … ».

MEMOIRE :

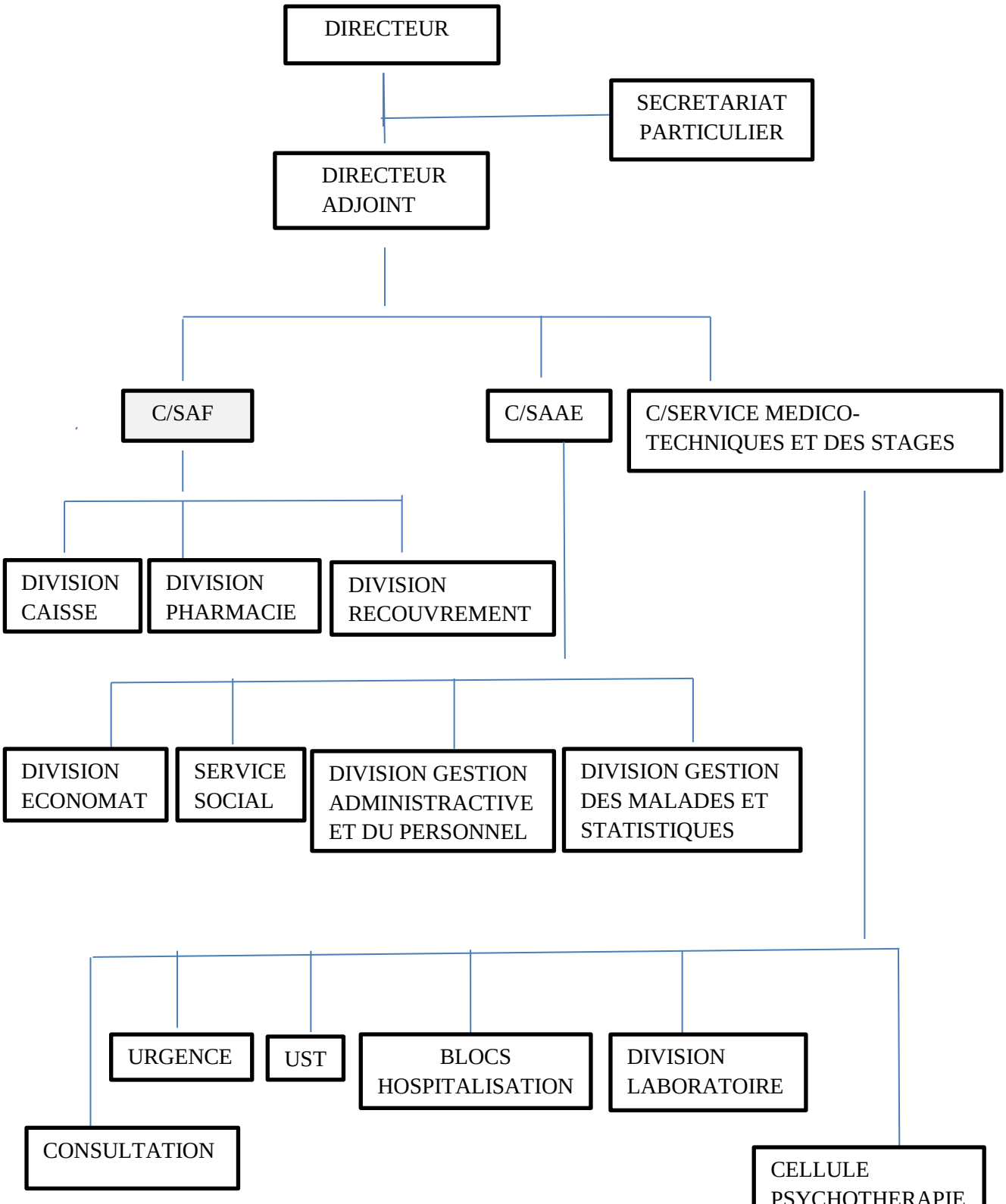
Gaï Mathias, (2016), Du chômage à l'alcoolisme, une source de déviance sociale, Licence en psychologie clinique et psychopathologie, FASHS, UAC.

WEBOGRAPHIE :

- www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/L-aide-a-l-arret/Le-sevrage#.XGSwBrzfs0M consulté le 12 Février 2019 à 10h54

- https://www.montrealtherapy.com/fr/famille-dysfonctionnelle/ consulté le 13 Décembre 2018 à 13h59
- heslitterature.e-monsite.com/pages/cours-de-langue/production-ecrite-cours-et-exemples/la consommation-de-drogue-causes-conséquences-et-solutions.html consulté le 6 Février 2019 à 15h13
- https://philosciences.com/philosophie-et-psychopathologie/psychopathologie-psychiatrie-psychanalyse/312-attachement-bowlby consulté le 09 Février à 16h20.
- www.inrs.fr/risques/addictions/effets-sante.html consulté le 30 Janvier 2019 à 23h03
- http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infimiere/formation/psychiatrie/adulte/pathologie/toxicomanie.htm consulté le 14 Février 2019 à 01h03
- https://fr.m.wikipedia.org/wiki/toxicomanie#%C3%89tymologie consulté le 12 Mars 2019 à 23h14

Annexe 1 : Organigramme du CNHUP de Cotonou



Source : Archives du CNHUP-C 2018

Annexe 2 : Protocole de recherche

1) OBJECTIFS

1-1) Objectif général

Etudier le dysfonctionnement familial dans la genèse de la toxicomanie.

1-2) Objectifs spécifiques

- Identifier les différentes formes de dysfonctionnement familial chez les patients.

-Montrer les répercussions du dysfonctionnement familial sur les patients toxicomanes du CNHUP-C.

2-) HYPOTHESES

2-1) Hypothèse générale

- Les différents dysfonctionnements familiaux conduisent les patients à la toxicomanie.

2-2) Hypothèses spécifiques

- l'absence d'identité paternelle est à l'origine du manque de l'affirmation de soi qui conduit à la toxicomanie

- la mauvaise relation parent/enfant conduit les patients à la toxicomanie.

3-) Question de recherche

- Est-ce que tous les patients issus d'une famille dysfonctionnelle s'adonnent-ils à la consommation des substances psychoactives ?

- Quelle est l'importance du rôle du père dans le maintien d'un bon état psychologique ?

- Quelle est l'importance du processus d'attachement dans la vie du jeune ?

4-) METHODE

4-1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique qui comprend deux phases : la phase prospective et la phase rétrospective.

4-2) Période d'étude

La phase rétrospective couvre la période du 03 Décembre 2018 au 07 Décembre 2018.

La phase prospective couvre la période du 10 Décembre 2018 au 10 Janvier 2019.

4-3) Population d'étude

La population d'étude est constituée de 30 patients toxicomanes hospitalisés au CNHUP-C.

4-4) Outil de travail

Comme outil de travail, nous avons choisi un questionnaire adressé aux patients hospitalisés au CNHUP-C.

4-5) Echantillonnage

Les patients toxicomanes hospitalisés aux unités de soins aux toxicomanes (UST).

4-5-1) Critère d'inclusion

Les patients retenus pour notre étude sont tous ceux qui dans le passé présentaient une conduite toxicomaniaque, avec une dépendance à la consommation des substances psychoactives.

4-5-2) Critère d'exclusion

Nous avons exclu de notre étude tout patient ayant consommées les SPA pour une première fois, de façon occasionnelle ou festive ou qui ne sont pas dépendants.

6-) Collecte des données

6-1) Technique de collecte

Recensement des cas de toxicomanie dans les registres du CNHUP-C.

6-2) Equipe de collecte

L'étudiante, responsable du présent document.

6-3) Déroulement de la collecte des données

Le déroulement de la collecte se fera comme suit :

-recensement des cas de toxicomanie de façon générale ;

-détermination des différents dysfonctionnements familiaux.

7-) Saisie, traitement et analyse des données

La saisie, le traitement et l'analyse des données se feront à la fin de la collecte des données à l'aide du logiciel Excel 2010.

8-) Budget de l'étude

Cette étude sera effectuée sur un fond propre.

Annexe 3 : Questionnaire

N°…….

I-) Caractéristiques personnelles

Age :…….ans

Sexe : F ☐ M ☐

Ethnie :……

Religion :…….

Situation matrimoniale :…….

Niveau d'étude :…….

Profession :…….

II-)

1-) Quel(s) type(s) de drogues consommez-vous ?

……

2-) Vos parents vivent-ils ensemble ?

-Si oui, quelles sont vos relations avec ces derniers?

……

-Si non, vous vivez avec qui ?

……

……

3-) Quelles sont les circonstances dans lesquelles vous prenez ces substances ?

……

4-) A quel âge vous avez consommé pour la première fois une substance psychoactives et quels ont été les motifs de la consommation ?

……

5-) Quelles sont les raisons principales qui vous ont amenés à la consommation des SPA ?

……

6-)Qu'avez-vous ressenti après la prise de la substance ?

……

7-)Quelle type de relation entretenez-vous avec les personnes de votre environnement en général ?

……

8-)Quels ont été les évènements marquants de votre vie ?

Positifs :……

……...

Négatifs :……

9-) Avez-vous un parent qui fait usage d'une quelconque substance psychoactive ?

-Si oui, lesquelles ?

…….

TABLES DES MATIERES

DEDICACE 1
REMERCIEMENTS 2
LISTE DES SIGLES 3
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES 4
RESUME 5
SOMMAIRE 6
INTRODUCTION 7
Chapitre I : Description institutionnelle du CNHUP-C 8
1-1) Présentation du Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique (CNHUP) de Cotonou 8
1-1-1) Historique du centre 8
1-1-2) Situation géographique 9
1-2 Les ressources et activités du CNHUP 9
1-2-1 Les ressources du centre 9
1-2-1-1) Les ressources humaines… 9
1-2-1-2) Les ressources financières ..... .10
1-2-1-3) Les ressources matérielles…… 11
1-2-2) Mission, objectifs et activités du CNHUP…… 11
1-3-1) Contenu de stage… 13
1-3-1-1) Les objectifs du stage 13
1-3-1-2) Les activités du stage… 13
1-3-2) Les outils de travail…… 16
1-3-3) Les acquis du stage… 17
Chapitre II : Réflexion critique 18
2-1) Problématique… 18
2-1-1) Objectifs de l'étude 18
2-1-1-1) Objectifs spécifiques 19
2-1-2) Hypothèses de l'étude… 19
2-1-2-1) Hypothèses spécifiques… 19
2-1-3) Clarification conceptuelle et revue de la littérature 19
2-1-3-1) Toxicomanie…… 20
2-1-3-1-1) La tolérance… ..... .20

2-1-3-1-2) L'accoutumance..... 21
2-1-3-1-3) La dépendance… ..... .21
2-1-3-2) Forclusion du nom du père 21
2-1-3-3) Absence du père… 22
2-1-3-4) Les substances psychoactives…… ..... …..23
2-1-3-4-1) L'alcool…….....……23
2-1-3-4-2) Opiacés…… ..... …….23
2-1-3-4-3) Cannabis…… ..... ……...24
2-1-3-4-4) Cocaïne…… ..... …….24
2-1-3-5) Les critères diagnostiques…… ..... ……25
2-1-3-6) Effets sur la santé…… ..... …….26
2-1-3-7) Traitement et prise en charge…… 28
2-1-3-7-1) Le sevrage…… ..... …….28
2-1-3-7-2) Psychothérapie…… ..... …….29
2-1-3-7-3) Chimiothérapies (Traitements médicamenteux)…… ..... ……..29
2-1-3-7-4) Soutien familial et social 30
2-2) Méthodologie…… ..... …..30
2-3) Résultats de la recherche…… ..... …….31
2-3-1) Résultat quantitatif…… ..... …….....31
2-3-2) Résultat qualitatif…… ..... ……35
2-3-2-1) Observation clinique I…… ..... …….35
2-3-2-2) Observation clinique II…… ..... …….....39
2-3-2-3) Analyse psychologique…… ..... ……...40
2-4) Discussion…… ..... …….....42
2-5) Approche de solution…… ..... ……43
CONCLUSION…… ..... ……..44
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES…… ..... ……...45
Annexe 1 : Organigramme du CNHUP de Cotonou…… ..... ……47
Annexe 2 : Protocole de recherche…… ..... …….....48
Annexe 3 : Questionnaire……..……....51