UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI

(UAC)

****

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

****

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

(DPSE)

****

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

CAUSES ET CONSEQUENCES DE LA TOXICOMANIE : CAS D'UN PATIENT SUIVI AU CNHUP-C

RÉALISÉ PAR :

MONTCHO Kossi Jules

MAÎTRE DE STAGE :

Prof GANSOU G. Magloire

Prof. Agrégé de Psychiatrie,

Spécialiste des TCC

TUTEUR DE STAGE

Dr. Michel MEHINTO

Psychologue Clinicien

Enseignant-Chercheur

UAC/FASHS

Année Académique 2017-2018

SOMMAIRE

DEDICACE 3

REMERCIEMENTS 4

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 5

RESUME 6

ABSTRACT 6

INTRODUCTION 7

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE 9

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE ADOPTEE 16

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 25

CONCLUSION 38

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 41

ANNEXES 44

TABLE DES MATIERES……...……49

DEDICACE

A

mon très cher père, MONTCHO A. Dénis

ma très chère mère, SODJI Kuamba

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail nous a été possible que grâce à la disponibilité de certaines personnes à qui nous tenons à exprimer notre gratitude et à manifester toute notre reconnaissance. Il s'agit de :

- Professeur GANSOU Grégoire Magloire, notre Maître de stage et actuel Directeur du CNHUP C qui a accepté diriger ce travail en lui donnant une orientation positive par des remarques, des suggestions et critiques pertinentes ;
- Dr Michel MEHINTO, notre Tuteur scientifique qui, malgré ses occupations, s'est rendu disponible pour nous suivre, et qui nous a gratifié de ses conseils et orientations fort utiles ;

- aux membres du jury, pour le temps qu'ils ont consacré à l'évaluation de ce travail, en particulier à la formulation de leurs observations, remarques et critiques en vue de son amélioration
- tout le personnel et le corps professoral de la Faculté des Sciences Humaines et Social (FASHS) de l'Université d'Abomey Calavi (UAC), pour leur active participation à notre formation ;
- tout le personnel du CNHUP C, pour sa disponibilité et son assistance.

- tous nos frères et sœurs ;
- toutes les personnes, qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail ;

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AES **:** Agent d'entretien et Service

C/SAF **:** Chef Service Administratif et Financier

CNHU-H.K. Maga **:** Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA

CNHU PC **:** Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique de Cotonou

CNHU **:** Centre National Hospitalier Universitaire

D.E.S **:** Docteur En Spécialité

FSS **:** Faculté des Sciences de Santé

UST **:** Unité de Soin aux Toxicomanes

RESUME

Présente au sein de la société depuis des siècles, la consommation de drogues est loin d'être un phénomène récent et, pourtant, les connaissances acquises sur le développement de comportements de consommation ou leur maintien demeurent, à ce jour, limitées. Le présent rapport, porte sur les causes et conséquences de la toxicomanie : cas d'un patient du CNHUP-C. Il fournit d'une part, des informations sur la compréhension des causes et conséquences de la toxicomanie chez les patients du CNHUP C et d'autre part l'analyse psychologique des causes et conséquences de la toxicomanie chez le patient examiné au CNHUP C. De nature exploratoire la recherche est qualitative et permet d'avoir des connaissances sur les expériences vécues par un patient conduit en urgence au CNHUP C pour agitation, irritabilité et propos incohérents. Ainsi pour répondre à notre question de recherche, nous avons fait l'étude de cas de ce patient toxicomane amené en urgence au cours du stage dans le Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique de Cotonou.

L'analyse psychologique de ce patient nous a permis de sortir en partie les causes et conséquences de la toxicomanie chez le patient du CNHUP C. Cette recherche permet de prendre d'avantage conscience de la réalité des origines et impacts de la toxicomanie chez les patients du CNHUP C.

Mots clés : cause ; conséquence ; toxicomanie ; trajectoire, drogue

ABSTRACT

This society for centuries, drug use is far from being a recent phenomenon and, yet, the knowledge gained on the development of consumer behaviors or keeping them remain, to date, limited. The present report, covers the causes and consequences of addiction: case of a patient of the CNHUP-C. On the one hand, it provides information on understanding the causes and consequences of addiction in patients of CNHUP C and the other psychological causes analysis and consequences of addiction in patients considered at CNHUP C. Exploratory research is essentially qualitative and allows to have knowledge about the experiences of one patient led emergency at CNHUP C for agitation, irritability and incoherently. So to answer our research question, we did the case study this drug addict patient brought in an emergency during the internship in the National Center hospital psychiatric University of Cotonou. Psychological analysis of this patient got us out in part the causes and consequences of addiction in the patient of CNHUP C. This search allows to take more awareness of the reality of the origins and impacts of the drug in patients of CNHUP C.

Key words: cause; consequence; addiction; trajectory ; drug

INTRODUCTION

Toutes les sociétés, depuis l'origine des temps, ont connu la consommation de produits euphorisants, hallucinogènes, et les connaîtront toujours. De ce point de vue la prise de drogue n'est pas un problème nouveau. L'usage de substances psychoactives engendre de nombreuses conséquences négatives pour les personnes consommatrices (Léonard et Ben Amar, 2002).

Dans une perspective nosographique, le toxicomane donne à observer des éléments psychopathologiques relevant de chacune des grandes structurations psychologiques, sans qu'il soit possible de les systématiser dans l'un des modèles les plus typés que sont : la psychose ; la perversion ; la névrose. L'idée est de dépasser les séparations d'alors entre morphinomanie, cocaïnomanie, éthéromanie, etc.., mais aussi de dessiner une nouvelle figure pathologique caractérisée par l'impulsivité et l'incurabilité de la pathologie. La toxicomanie constitue également un problème social présent dans notre société béninoise. Plusieurs explications entourent encore cette problématique dont ceux de la notion de manque d'ambition et d'intérêt face à la dépendance de ces substances d'une part et la notion de manque de volonté du patient à guérir d'autre part. La société Béninoise a encore tendance à relier le manque de motivation et de détermination des consommateurs de ces produits, à la problématique de la toxicomanie.

Toutes ces observations nous ont questionnées à savoir comment les personnes qui vivent ce problème expliquent-elles leur trajectoire vers la toxicomanie ?

L'intérêt pour cette problématique nous a conduits à faire un stage dans le Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique de Cotonou. Nos observations cliniques ont alimenté de nombreuses réflexions. D'abord, nous avons constaté à quel point les personnes toxicomanes ont peu de ressources pour faire face à leurs difficultés. En effet, ces personnes ont rarement comme seul problème la consommation des substances psychoactives. Les troubles associés sont le plus souvent les problèmes de santé mentale, la pauvreté, le lien familial affaibli, la criminalité, la consommation par d'autres membre de la famille proche ou les mauvaises fréquentations. Nos lectures sur le problème de la toxicomanie ont d'ailleurs mis en lumière le lien entre ces problèmes et la consommation de substances psychoactives. En effet, plusieurs auteurs dont Brochu et Parents (2005) ont fait ressortir dans leurs recherches le lien entre l'influence des pairs

et la consommation des parents avec la toxicomanie. De leur côté, Krausz (2009) met en lumière qu'au Canada, 50% des personnes demandant de l'aide pour leurs toxicomanies avaient aussi des troubles de santé mentale. Les troubles de la conduite ont aussi fait surface dans nos lectures sur la dépendance à travers la recherche de Winters et Wall (2010). Toutefois, nos recherches sur ces sujets nous ont aussi permis de constater qu'il y avait des non-dits dans les écrits à certains auteurs. Néanmoins, des recherches font ressortir des liens entre la dépendance et des facteurs de risque dans lesquels la vision des experts est mise à contribution. Les évènements, les situations qui ont conduit certaines personnes à la dépendance sont variés. Ainsi, nous désirons prendre connaissance des situations ou évènements de nos patients sur le sujet sans qu'elle soit teintée par celle des experts. Sachant que des individus de la société béninoise vivent dans une dépendance aux substances, nous souhaitons avoir le point de vue de ce groupe. La recherche amènera donc de certaines pistes de réflexion sur les facteurs de risque de développer une dépendance à l'alcool et aux drogues à partir du point de vue des patients.

Pour mieux exposez notre sujet de recherche, nous débuterons au premier chapitre par le cadre institutionnel et le déroulement du stage. Au deuxième chapitre nous présenterons le cadre théorique de la recherche ainsi que l'approche méthodologique adoptée suivi de la présentation et l'analyse des résultats de la recherche au chapitre trois. Pour finir nous allons aborder la discussion des résultats obtenus.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE

Le centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHU-PC), cadre institutionnel de notre stage est un centre qui accueil des malades dont les symptômes sont liés aux troubles mentaux, propos incohérents et autres comportement connexe. Dans ce chapitre nous aurons à présenter le statu, les ressources, les activités l'historique ainsi que le cadre sociogéographique du centre. Il y est aussi fait l'état des lieux des observations du stage ainsi que les activités menées et les acquis y afférents.

1.1. Cadre institutionnel du stage

1.1.1. Présentation du centre, les ressources et activités

1.1.1.1. Présentation du Centre National Hospitalier Psychiatrique de Cotonou (CNHU-PC)

Le centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHU-PC) est situé dans le 12ème arrondissement, précisément dans le quartier Fiyègnon (Fidjrossè), deuxième rue à gauche après la pharmacie la Madone ou troisième rue à gauche après Sun Beach Hôtel en direction de la plage. L'actuel CNHU-PC était pendant la construction de l'aéroport de Cotonou une ancienne ferme privée nationalisée par les autorités territoriales en 1932. L'entreprise française Jacquot chargée des travaux, construisit à l'époque sur les lieux sa résidence qui est l'actuel bâtiment principal du Centre appelé familièrement Jacquot. Après le départ de la société français Jacquot les bâtiments laissés furent transformés en lazaret qui recueillait les varioleux dans les années 1943-1945 ; désaffecté et abandonné pendant deux ans, Jacquot a été à nouveau réinvesti en 1948 pour héberger les malades mentaux. Ainsi commencèrent les activités psychiatriques dans ce centre. C'est en 1973 avec les ordonnances 71-2 du 01/02/71 et 73-9 du 23/01/73, portant sur l'organisation, la réorganisation et le fonctionnement des services du Ministère de la Santé Publique et des affaires Sociales, que Jacquot est dénommé Centre National Hospitalier de Neuropsychiatrie et rattaché à la Direction Provinciale de la Santé de la province de l'atlantique. Un médecin généraliste, deux infirmiers et deux garçons de salle ont été affectés à Jacquot pour la prise en charge des malades. Le mouvement des affectations du personnel soignant varie selon les années

et ne sera jamais supérieur à cinq jusqu'en 1979. Le Centre qui avait une capacité de 46 malades accueillait jusqu'à 140 patients selon les moments. Les malades étaient entassés jusqu'à trois ou quatre dans des cellules de deux mètres de long sur 1,20 mètres de large et trois mètres de haut. A la pénurie de places s'ajoute le manque de soins, tout cela rendait pénible la prise en charge des patients. Ce centre considéré au préalable comme un lieu maudit et surnommé « le parc des fous » abritait des malades chroniques qui, en majorité, étaient abandonnés, jugés encombrants par des familles qui venaient parfois discrètement la nuit en les basculants par-dessus les murs du centre.
On assista à un changement vers la fin de l'année 1979 avec les psychiatres formés à l'étranger, tels les professeurs René G. AHYI, Thérèse AGOSSOU et du Professeur Assistant Comlan ADJIDO. La création d'un département et de Psychologie Médicale à la faculté des Science de la Santé de l'Université et d'un service de Psychiatrie au Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) de Cotonou permit une nouvelle réorganisation du centre. Désormais structuré, le centre devient pour les malades hospitalisés, le lieu où ils retrouvent la ''dignité perdue''.

Le Centre est aussi un lieu de formation pour les universitaires, les étudiants en médecine, en philosophie ou en psychologie ainsi que les assistants sociaux qui viennent y faire des stages comme complément leurs formations théoriques puis achever et produire leurs mémoires de fin de formation. Ainsi le Centre devient désormais un lieu de soins et aussi de réflexions, offrant à tous ceux qui le fréquentent (les malades, les visiteurs comme le personnel soignant) une enrichissante expérience. L'actuel Directeur du Centre le Professeur Dr GANSOU Grégoire Magloire et tout le personnel ne ménage point d'efforts pour établir le prestige de ce centre, prestige qui s'étend au-delà des frontières du pays.

1.1.1.2. Le statut du Centre

Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHU-PC), créé par Décret n°90-348 du 14 Novembre 1990 portant attribution, organisation et fonctionnement, est classé comme organisme public spécialisé à caractère social jouissant d'une personnalité juridique et de la semi-autonomie financière. Il a été érigé en Centre hospitalier universitaire par le décret n°2014-527 du 25 Aout 2014, sous

l'appellation de Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHU-PC).

1.1.1.3. Les ressources et activistes du CNHU PC

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

1.1.1.3.1. Les ressources

Ressources humaines

Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou est composé de plusieurs employés ou personnels qui travaillent en étroite collaboration puis dans une parfaite harmonie pour le bon déroulement des activités dudit centre. Ils sont répartis comme ce qui suit :

- 01 Professeur en psychiatrie, deux médecins en psychiatrie
- 02 DES en psychiatrie
- 05 psychologues cliniciens
- 04 infirmiers diplômés de l'Etat
- 03 infirmiers breveté d'Etat
- 01 administrateurs du service financier
- 05 Techniciens dont 04 supérieur en santé mentale et un de laboratoire
- Une opératrice de saisie
- 03 préposés des services administratifs
- 09 agents d'entretien et de service (AES)
- Un assistant supérieur de l'action social
- Un secrétaire de service administratif
- Un conducteur de véhicule administratif
- 02 aides-soignants
- 03 aides pharmacie
- 04 cuisinières
- 04 portiers
- Un caissier
- Deux agents d'entretien

Ressources financières

Le CNHU-PC a une autonomie financière grâce à son propre fond qui est issue de la session des médicaments, des frais de consultation, des actes médicaux et des frais d'hospitalisation. Cependant, le Centre 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 de prendre également en charge les personnes indigentes qui ne parviennent pas à honorer leur frais de consultation et les frais des produits pharmaceutiques.

Ressources matérielles

Comme ressources matérielles on peut citer :

- Deux salles de conférence (une pour l'administration, l'autre pour la musicothérapie des malades ainsi que les diverses manifestations)
- 03 véhicules dont une ambulance, un pick-up et un 4x4 (hors d'usage)
- Les tables et chaises qui équipent les bureaux du centre
- Les lits d'hospitalisation des malades dont le nombre avoisine cent (100).

1.1.1.3.2. Activités du CNHU-PC

Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (Jacquot) a pour mission de prodiguer aux malades mentaux (à toute personne troublée ou en voie de l'être) des soins requis pour la restauration d'un bon état de santé mentale dans le respect des règles de l'éthique médicale ; d'assurer une gestion saine, efficace, transparente suivant les règles administratives assignées et respectant les normes comptables. Par ailleurs il sert d'appui technique spécialisé au Ministère de la Santé 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 visés, plusieurs activités et services sont mise en place dans une organisation requise. Il s'agit :

- du service d'accueil ;
- des consultations psychiatriques ;
- des consultations psychologiques ;
- des services de gardes ;

- des services d'urgences ;
- des services sociaux ;
- des staffs cliniques du mardi et du mercredi ;
- de la musicothérapie du mercredi ;
- des psychothérapies.

1.2. Déroulement du stage et observations

1.2.1. Services parcourus et travaux effectués

En tant que stagiaire psychologue, nous avons été intégrés dans l'équipe de psychiatrie. L'équipe est composée de deux psychiatres, un D.E.S en psychiatrie, des infirmiers, des étudiants en médecines, assistants sociaux et en infirmerie.
Chaque membre de l'équipe a son rôle à jouer dans les diverses activités du centre.

L'accueil

A ce niveau, il s'agit de mettre à l'aise les malades, de les accompagner ou de donner des renseignements à ceux qui en demandent ;de faire le dossier des nouveaux cas (remplir la partie identité de ceux qui viennent pour une la première fois dans le centre) puis introduire le malade dans la salle de consultation ; de rechercher les dossiers des anciens malades venus, pour contrôle et leurs orientations vers le médecin traitant ; de classer les dossiers après la consultation. Le temps passé à l'accueil nous a permis de bien observer les malades, de les écouter et de les aider.

La consultation

L'équipe composée d'un psychiatre, d'un diplômé en D.E.S psychiatrique, d'étudiant en médecine et des stagiaires psychologues reçoivent les malades (soit pour la première fois, soit pour un contrôle). L'entretien est dirigé par le psychiatre qui donne la parole aux autres membres du groupe. Les psychologues interviennent pour la psychothérapie de soutien où ils fixent un rendez-vous au patient à cet effet. Après avoir libérer le patient, l'équipe discute du diagnostic.

Les staffs du mardi

En présence de tout le personnel médical du CNHU-PC, les nouveaux cas de la semaine écoulée 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 stagiaires psychologue de donner les aspects psychologiques perçus du cas.

Le service de garde

L'équipe est composée d'un D.E.S en psychiatrie, d'un major (infirmier) de garde, d'un étudiant en médecine et d'un stagiaire psychologue. Ils reçoivent 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.

L'hospitalisation

Pendant notre stage, et suivant le temps reparti pour l'hospitalisation, nous rendons visite aux patients chaque matin. Nous les saluons, nous écoutons leurs préoccupations ainsi que celles de leurs gardes malades et nous essayons de les aider. De plus, essayons d'approfondir l'entretien en nous appuyant surtout sur la biographie afin de compléter les dossiers et aussi pour les orienter pour l'amélioration de leurs états de santé.

Les séances de cours

En tant que stagiaire, nous faisons les lundis, Mercredi et jeudis matins des cours sous forme d'exposé pour approfondir notre connaissance. Ces cours sont supervisés par nos encadreurs. Les thèmes développés sont : La psychothérapie de soutien, la gestion du complexe d'œdipe, les stades de développement de l'enfant, les mécanismes de défense, la structure de la personnalité.

Le staff du vendredi matin

Il se tient tous les vendredis matin au Centre National Hospitalier Universitaire Huber Koutoukou MAGA. Dans un 1er temps, les étudiants en médecine présentent un exposé et présente ensuite le cas clinique du jour, l'équipe de CNHP présente par quinzaine ; et à chaque présentation, nous stagiaire psychologue présentons l'analyse psychologique du cas choisi.

1.2.2. Les outils de travail

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

- ✓ **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 poser le diagnostic et nous oriente dans le suivi du traitement.

- ✓ **l'observation** : Elle commence dès le premier contact avec le patient. 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 devrait être confirmé à la fin de l'entretien.
- ✓ **les tests** : Nous avons deux tests à savoir, les tests de performance puis les tests d'efficience qui sont des tests de connaissance, d'aptitude et d'intelligence de personnalité etc… Ils permettent de poser le diagnostic, de le confirmer. Malheureusement nous ne nous sommes pas servis de cet outil durant notre stage.
- ✓ **les psychothérapies** : nous nous sommes servis de la psychothérapie d'inspiration analytique, de la psychothérapie de soutien, de la psychothérapie motivationnelle, de la psychoéducation dans l'accomplissement de notre tâche.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE ADOPTEE

Toute substance ayant un effet sur l'organisme est une drogue au sens large. Néanmoins, dans le langage courant, on réserve ce terme aux substances qui peuvent conduire à une consommation abusive, causer des dommages, et sont susceptibles d'entraîner une conduite de dépendance. Dans ce chapitre nous énoncerons le problème étudié ainsi que les hypothèses et objectifs de recherche.

2.1. Cadre théorique de la recherche

2.1.1. Enoncé du problème, hypothèses et objectifs

2.1.1.1. Enoncé du problème et question de recherche

Les troubles anxieux qui englobent le trouble de panique, la phobie spécifique et sociale, l'anxiété généralisée, le stress post-traumatique et le trouble obsessionnel-compulsif auraient une grande incidence sur la consommation de drogues et d'alcool. Des études démographiques ont d'ailleurs fait mention que le trouble d'anxiété est plus fortement corrélé à la toxicomanie qu'à une consommation abusive. Le risque de développer un problème de toxicomanie est donc plus élevé chez les personnes souffrant de troubles anxieux (Kushner, Krueger, Frye et Peterson, 2008). Les auteurs Schütz et Young (2009) exposent dans leur recherche que les personnes ayant un trouble de dépression majeur étaient plus à risque de relater une consommation abusive d'alcool ou une dépendance à l'alcool ou aux drogues.

Certaines recherches pointent plutôt vers des éléments psychosociaux vécus par une personne pour expliquer la progression de la problématique de la toxicomanie. Une des causes explorées dans ce type d'études est le lien entre des abus vécus dans l'enfance et l'abus de substances. Les études de Danielson, Amstadter, Dangelmaier, Resnick, Saunders et Kilpatrick (2009) et de Liebschutz et al. (2002) font d'ailleurs ressortir ce lien. Danielson et al. (2009) concluent qu'il y aurait près de 72% des gens (hommes et femmes confondus) des programmes de désintoxication qui auraient admis avoir subi un trauma et que 75% d'entre eux auraient débuté dans l'enfance. De son côté, Liebschutz et al. (2002) mentionnent que le fait d'avoir vécu des abus dans l'enfance est

un facteur de risque élevé de développer une toxicomanie chez les femmes. Ce risque ne serait pas par contre aussi présent chez les hommes, mais serait quand même à prendre en considération. Selon Badinter (1992), l'homme se modèle à ce qui est attendu de lui et ses comportements ne seraient pas innés mais bien appris. L'auteur explique que les propos si souvent entendu ‘’Sois un homme ‘’ implique que cela ne va pas de soi et que la virilité n'est peut-être pas si naturelle qu'on veut bien le dire » (Badinter, 1992, p.14). La masculinité se construit selon les normes sociales en place. Dans ce sens, la masculinité s'acquière et les hommes doivent faire un effort pour y arriver. Dans le même ordre d'idée, l'homme doit aussi résorber certains comportements qui n'entre pas dans les caractéristiques masculines. Le besoin d'être materné ou pris en charge est un désir résorbé par les hommes. Ils doivent se montrer forts et viriles pour garder leur identité masculine et la société s'attend à voir ces aspects chez les hommes. Leurs besoins sont donc différents de celle des femmes puisque leur identité se construit différemment.

Etant aussi une problématique au Bénin, la toxicomanie est vue de différentes manières puis les facteurs l'influençant sont très variés. L'aspect considéré ici est le niveau d'âge lié à la consommation des substances psychoactives. En effet quoi de plus naturel chez un enfant et surtout un adolescent que de vouloir expérimenter un produit dont il a entendu parler, à plus forte raison s'il est interdit. Il arrive un âge où, pour l'enfant, les copains et la bande deviennent la priorité absolue. S'il se trouve que, dans ce groupe, l'examen de passage consiste en la prise d'une drogue, il faut une sacrée force de caractère pour y résister. Il faut constater que, de plus en plus, les jeunes utilisent le cannabis dans le même esprit de convivialité que leurs parents lorsqu'ils prennent l'apéritif avec des amis. Et, le plus souvent, il y a simple usage et non pas abus. Il n'existe pas dans le monde un seul pays, une seule région, une seule tribu qui ne possède au moins une drogue qui s'intègre dans son histoire et dans son patrimoine culturel. En France, c'est le vin, en Belgique et en Allemagne la bière, en Thaïlande l'opium, en Bolivie la coca... La liste pourrait être longue. Il n'existe quasiment pas de fêtes, de réunions d'amis, sans qu'une drogue, légale en général, apparaisse.

Tous ces aspects du phénomène constaté et décrit par d'autres chercheurs nous conduit à poser cette question de recherche ; et cela face à une situation particulière. Ainsi quelles sont les causes et conséquences de la toxicomanie sur un patient du CNHU-PC ? Face à cela, nous avons décidé d'orienté la recherche dans un sens donnée en s'appuyant sur les hypothèses et objectifs de recherche suivantes.

2.1.1.2. Hypothèses de la recherche

La quête de réponse à la question posée dans le présent travail de recherche, nous a amenés à formuler des hypothèses.

2.1.1.2.1. Hypothèse générale

Les liens établir avec la société sont à l'origine de la consommation des substances psychoactives, ce qui a des conséquences sur la santé mentale du patient étudié au CNHU-PC.

2.1.1.2.2. Hypothèses spécifiques

- L'influence de la société ou du cadre familiale serait à l'origine de la consommation de substance psychoactives chez le patient toxicomane du CNHUP C.
- La consommation de substance psychoactive à des effets néfastes sur l'état de santé mentale du patient toxicomane du CNHUP C.

2.1.1.3. Objectifs de la recherche

2.1.1.3.1. Objectif général de la recherche

L'objectif principal de la présente étude consiste à mettre en lumière les causes et conséquences de la consommation de substances psychoactives. Ainsi, nous concentrerons notre étude sur les perceptions ainsi que les causes de la toxicomanie.

2.1.1.3.2. Objectifs spécifiques de la recherche

Nous allons ainsi dans ce travail :

- Montrer les raisons qui sont à l'origine de la consommation de substances psychoactives par un patient du CNHU-PC
- Ressortir les conséquences de la toxicomanie chez les patients du CNHU-PC.

2.1.2. Revue de littérature

La toxicomanie est un sujet qui a été grandement étudié, mais malgré ces recherches, les causes et explications de l'évolution de la dépendance restent encore aujourd'hui sans réponse claire.

Selon l'étude de Castel (citée dans Brisson, 2000) qui avait pour but de comprendre le processus de sortie de la toxicomanie, il est ressorti qu'il y avait une trajectoire de la dépendance qui se divise en 6 phases. Il y a d'abord l'initiation ou l'expérimentation qui s'explique par l'essai d'une substance sans qu'il y ait de problème qui y soit liée. Par la suite, il y aurait la période d'escalade où la consommation devient de plus en plus présente dans le quotidien des utilisateurs. Ensuite vient la phase de maintien qui représente une consommation régulière, mais encore sans conséquences graves pour la personne. Une période dysfonctionnelle suit dans le continuum. La dépendance est alors bien en place et il y a plusieurs problèmes qui en découlent. L'étape de l'arrêt prend ensuite place. C'est alors que le toxicomane tente d'arrêter de consommer dû aux conséquences négatives qu'ils en retirent.

Le comité sénatorial sur les drogues illicites (2001) a, pour sa part, réalisé un projet qui avait pour but de définir la trajectoire de la toxicomanie à l'aide d'une recension de la littérature scientifique. La conclusion de cette étude sur l'état des connaissances s'inscrit dans la même lignée que Castel. En effet, cette étude soulève elle aussi comme première phase celle de l'initiation où une personne fait la connaissance d'un produit. La deuxième phase nommée l'après-initiation est une période où la consommation est présente, mais n'a pas de conséquences majeures dans la vie des personnes. Pendant les âges, il est relaté que dans la vingtaine, plusieurs personnes verront leur consommation augmenter pour ensuite diminuer dans la trentaine sans qu'ils ne développement nécessairement une dépendance. Une minorité de personnes évoluerons à la phase suivante (soit l'installation de la dépendance). Par la suite, il y a la période de dépendance. Les autres phases discutées dans cette étude traitent de la sortie de la dépendance qui se subdivise en, le traitement et la réadaptation, l'après-traitement et la réinsertion sociale et le maintien à long terme.

D’une recherche à l’autre, les auteurs s’entendent pour dire que la toxicomanie ne se développe pas du jour au lendemain, mais qu’il y a une progression dans la consommation pour se rendre jusqu’à une dépendance. Il y a un continuum qui passe de l’essai d’une substance à une consommation dite « sociale » pour ensuite augmenter et se rendre tranquillement à la dépendance avec toutes les conséquences qui y sont associées. Pourtant, au-delà du volume de consommation, il faut comprendre que ce sont les nombreuses conséquences négatives qui permettent de cerner la toxicomanie, c'est-à-dire un état de dépendance dans lequel la personne a perdu le contrôle ou le sentiment de contrôle sur différentes sphères de sa vie.

Pourtant, au-delà de la lecture en termes de processus menant à la toxicomanie, de nombreux auteurs se sont intéressés à comprendre pourquoi les personnes empruntaient cette trajectoire vers la dépendance. Pour certains, les causes devraient être recherchées dans une perspective psychologique dans les traits de la personnalité ; pour d’autres, dans une perspective biologique voire génétique où les causes seraient associées à des caractéristiques biologiques de l’individu. Dans une perspective psychosociale, il s’agit de mettre l’accent sur les évènements et les difficultés de vie des personnes ; puis enfin dans une perspective sociologique, les causes de la toxicomanie devraient être recherchées dans les normes et les valeurs véhiculées dans une société à savoir : la curiosité, la pression du groupe, le plaisir, la convivialité et l’intégration culturelle. Mais, la pression amenée par le désir de la réussite professionnelle serait le grand facteur de risque de l’augmentation de la consommation d’alcool chez certains individus. Selon ISPA (2006) et Nadeau et Biron (1998), la conduite en état d’ébriété ou en faculté affaiblie serait une infraction qui impliquerait les hommes en plus grand nombre. De plus, selon le comité sénatorial sur les drogues illicites, malgré qu’autant les hommes que les femmes en viennent à des délits criminels, ils différents selon les sexes. En effet, les femmes seraient plus portées à faire des fraudes alors que les hommes commettraient davantage de vols et de cambriolages. De plus, les hommes seraient plus propices à faire du trafic de stupéfiants. Il est donc clair que la consommation des hommes et des femmes est différente et que nous ne pouvons généraliser les données.

Dans un autre ordre d’idée, il résulte de l’étude de Patton (citée dans Nadeau et Biron, 1998) que certains traits de personnalité prédisposeraient à l’abus de substances.

L'impulsivité, une faible émotivité, le non-conformiste, des traits névrotiques, la recherche de sensation et une tendance à ne pas éviter les risques en font partie. Le tempérament difficile est un trait de personnalité qui prédisposerait à la toxicomanie. Ohannessianet et Hesselbrock (1995) ont d'ailleurs soulevé ce point dans leur étude. Ils décrivent le tempérament difficile par une faible conscience du danger et du pessimisme ainsi qu'une faible estime de soi et un bas niveau de sensation. Des points communs s'inter-relient entre ces différentes recherches. Il semble y avoir un certain consensus en ce qui a trait à l'impulsivité, au besoin de sensation forte et à la difficulté de gestion des émotions comme facteurs de prédisposition à la toxicomanie.

Un élément de la personnalité est développé dans l'étude de Kun et Demetrovics (2010). Ces auteurs soulèvent le lien entre l'intelligence émotionnelle (EI) et la toxicomanie. L'intelligence émotionnelle est la capacité de percevoir et de comprendre ses propres émotions ainsi que celles des autres. De ce fait, plus une personne à un niveau élevé d'EI plus elle sera en mesure de réfléchir et* d'agir selon les émotions senties. Cette étude ressort qu'un niveau bas d'EI augmente les risques de consommation d'alcool, de drogues illicites et l'usage de tabac. De plus selon le même auteur, il y aurait deux éléments clés de l'EI qui joueraient un rôle avec la dépendance aux substances. Le premier est le décodage et la différentiation des émotions. Les personnes ayant une dépendance seraient, selon cette recherche, moins en mesure d'interpréter ainsi que de distinguer les différentes émotions. Le deuxième élément est l'habilité de réguler les émotions. Il serait donc difficile pour les toxicomanes de gérer de façon adéquate les émotions vécues.

2.2. Approche méthodologique de la recherche

Le but de cette partie de notre recherche est de réfléchir sur la mise en cohérence entre les objectifs de la recherche et la démarche que nous mettons en œuvre pour confronter au terrain notre problématique. Pour ce faire, la démarche méthodologique qui nous a permis en effet de mener à bien la présente recherche, tient compte de la nature de l'étude, de la population cible et de l'échantillonnage, de l'explication des choix d'outils méthodologiques pour la collecte des données, leur traitement et analyse et enfin des difficultés rencontrées.

2.2.1. Nature de la recherche

Puisque l'objectif général de notre mémoire est de comprendre les causes et conséquences de la toxicomanie chez les patients du CNHUP C, et ce, par leurs explications et leurs visions, l'approche privilégiée est de type qualitatif. Nous cherchons à comprendre un phénomène social à travers les expériences de vie des patients. De ce fait, la stratégie de recherche la mieux adaptée est le récit de vie ou l'étude d'un cas clinique.

2.2.2. Groupes cibles et échantillonnage

2.2.2.1. Groupes cibles

La population cible visée par cette recherche est composée des patients du CNHU-PC en général puis le cas d'un patient particulier conduire au urgent du centre au cours de notre stage. Nous avons également les parents du patient et de certains autres parents d'autres patients.

2.2.2.2. Technique d'échantillonnage et échantillon

En mettant en rapport plusieurs témoignages sur l'expérience vécue d'une même situation sociale par exemple, on pourra dépasser leurs singularités pour atteindre, par construction progressive, une représentation sociologique des composantes sociales (collectives) de la situation (Bertaux, 1997, page 33). L'étude de cas nous permettra donc de mieux comprendre le problème social qu'est la toxicomanie en analysant les expériences vécues par les participants et en les mettant en commun. Bertrand (2006) a d'ailleurs utilisé cette méthodologie dans sa recherche qui cherchait à explorer le vécu des femmes vivant la toxicomanie et la prostitution. Cet article vise aussi à comprendre la cause et à avoir le point de vue des personnes qui vivent la problématique. Notre objectif s'insérant dans le même ordre d'idée, nous nous sommes inspirées de cette technique pour élaborer notre rapport. Ainsi nous nous somme focalisés sur l'étude du cas d'un patient conduire aux urgences de CNHU-PC.

2.2.3. Techniques et outils de collecte de données

Comme nous l'avons démontré dans la problématique, la toxicomanie est bien présente dans notre société et les hommes adultes se retrouvent en pourcentage élevé dans les

centres de réadaptation des toxicomanies. Cette recherche s'attarde donc à l'explication donnée par un patient dépendant aux substances psychoactives en s'appuyant sur la trajectoire de vie qu'ils ont traversées. Étant donné que les études sur les causes et conséquences de la toxicomanie sont la plupart du temps en lien avec la vision des experts, cette recherche tente plutôt de donner un caractère particulier en écoutant un homme toxicomane sur son parcours de vie. Donc, cette recherche est centrée sur cet homme vivant une dépendance aux substances psychoactives d'âge relativement jeune. La collecte des données s'est déroulée exclusivement à partir du plan d'observation de récit de vie du patient. L'outil le formulaire de consultation des patients et le guide d'entretien. En nous avons utilisé des questions ouvertes pour laisser le patient s'exprimer tout en l'orientant dans les réponses. Ceci nous a permis d'étudier en profondeur l'histoire de l'individu et de faire ressortir les caractéristiques.

2.2.4. Technique et outils de traitement des données

Suite à notre entrevue, nous en sommes venus à l'étape de l'analyse des données. Pour ce faire, nous avons utilisé la technique d'analyse psychologique afin de faire ressortir les éléments pertinents de notre entretien. Comme Leray (2008), l'analyse qualitative scrute en profondeur un corpus en fouillant systématiquement, au moyen de fines catégorisations, tous les éléments de son contenu que le chercheur s'oblige à retracer, à classer, à comparer et à évaluer. Afin de comprendre et décortiquer l'histoire de vie du participant, nous nous sommes basées sur notre cadre théorique, l'inventaire des écrits ainsi que les différents facteurs de risque pour élaborer notre d'analyse psychologique. Nous avons aussi ajouté des éléments qui ont découlé des propos de notre patient. Les facteurs de risque qui ont été soulevé dans notre inventaire des écrits nous a permis de cadrer notre grille d'analyse. Toutefois, le but de notre recherche est de comprendre les causes et conséquences de la toxicomanie en se basant sur les explications de ceux qui la vivent. Puisque le but premier de notre entretien est de faire ressortir les différents concepts de nos questions de recherche et les dimensions qui y sont associées, nous nous sommes basés sur ceux-ci pour énoncer les étapes de notre analyse psychologique. Il nous était ainsi possible d'identifier les éléments clés dans les récits recueillis. Notre analyse était donc thématique puisse qu'elle « découpe transversalement l'ensemble de l'entretien et recherche de sorte à avoir une cohérence thématique (Albarello, 2003)

Suite à cette catégorisation, il nous était possible de dégager les résultats pertinents dans notre analyse psychologique. De même, dans notre chapitre d'analyse, nous avons pu comparer nos différents résultats avec les concepts relatés dans notre problématique.

2.2.5. Difficultés rencontrées

Nous devons exposer les limites de l'étude en ce qui a trait à la taille de l'échantillon. Celle-ci étant restreinte, il est difficile de généraliser les résultats à tous les hommes ayant une dépendance aux substances psychoactives. Le fait d'utiliser l'étude de cas comme collecte de données a rendu l'analyse plus ardue. Le nombre d'informations à analyser était, par le fait même, amplifié. Afin de pouvoir utiliser l'analyse psychologique et de prendre le temps nécessaire pour décortiquer toute l'information fournie lors de notre entretien, nous avons opté pour l'étude du cas clinique du patient. Notre étude étant exploratoire, nous trouvions important de prendre le temps nécessaire avec le patient pour qu'ils nous racontent sa vie sans se sentir bousculer dans le temps. Il ne faut pas oublier que notre objectif premier était de mettre en exergue l'acteur, présenté ici comme le toxicomane, face à son propre parcours. Cette étude exploratoire nous a permis de faire ressortir certains facteurs et événements de vie qui corroborent les études sur le sujet, mais aussi de nouveaux éléments qui méritent d'être étudiés en profondeur dans une future recherche. Une autre limite de cette recherche est en lien direct avec le participant. Exposer sa vie à un parfait inconnu peut être très intimidant pour la personne interviewée. Nous sommes donc conscients que certains éléments de la vie du participant ont pu nous être cachés pour diverses raisons.

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

ETUDE DE CAS

I- IDENTITE DU PATIENT

Nom : A

Prénoms : G

Age: 27ans .

Sexe : masculin

Ethnie : Mahi

Profession : Elève en classe de Terminale

Religion : Chrétien Catholique

Situation matrimoniale : Célibataire sans enfants

Adresse : précisée

II- MOTIF DE CONSULTATION

Accompagné par son père pour agitation, irritabilité et propos incohérents

III- ANAMNESE

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

Le patient serait en attente d'aller au Ghana pour une cure de désintoxication.

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

IV- ANTECEDENTS

❖ Personnels :

- Médicaux : Néant

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

❖ Familiaux : Néant

V- BIOGRAPHIE

❖ Parents :

- Père : A. A. Catholique, pêcheur,
- Mère : K. A. religion catholique, revendeuse, décédée quand le patient avait 9 ans

❖ Fratrie : Le patient est l'ainé d'une fratrie utérine de 06 enfants dont 02 femmes.

- 1ere : Le patient
- 2ème : A.S. de sexe masculin élève
- 3ème : A.A. de sexe masculin élève
- 4ème : A.B de sexe féminin élève
- 5ème : A.G. de sexe masculin
- 6ème : A.F. de sexe féminin

❖ Développement du patient :

- Conception et Grossesse : grossesse serait désirée par les parents.
- Accouchement : Eutocique ; patient non réanimé
- Développement Psychomoteur :

✓ Marche : à 4 pattes, debout et à 2 pattes non précisé

✓ Parole à l'âge de 2 ans

✓ Comportement du bébé : calme

- Milieu Éducatif :

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

- Scolarité et Développement ultérieur

- Début : 3 ans par la maternelle 2 ; 5 ans CI

- CEP en 1985
- Le patient s'est arrêté en classe de terminale pour consommation de substances psychoactives

- Sexualité et Adaptation Sentimentale :

-Puberté non précisé

-1er rapport sexuel non précisé

- Événements Marquants :

-Événement Marquant Positifs : '' non précisé ''

-Événements Marquants Négatifs : non précisé

VI- ENQUETE SOCIALE

- Le patient serait calme timide mais très irritable.
- Relation avec l'entourage : il vivait en bonne entente avec son entourage
- Le patient ne consommerait pas d'alcool, ni de tabac ni de drogue ni autres substances psychoactives.

VII- DEMANDES DU PATIENT

- Demande Consciente : sortir et rejoindre sa famille
- Demande inconsciente : Epanouissement

VIII- EXAMEN PSYCHIATRIQUE

➢ Présentation du patient

- Tenue : Propre adaptée à l'âge et au sexe

- Mimique : Hypermimie

- Contact : Syntone

- Comportement : instabilité motrice ;

➢ Conduites instinctuelles

- Alimentation : une anorexie

- Sommeil : Insomnie à type de réveils multiples

- Conduite sphinctériens : pas de trouble des conduites sphinctérienne

- Trouble des conduites sociales : agressivité physique et verbale
- Addictions : consommations de substances psychoactives
- Fonctions supérieures :

- langage : réponse à coté

-Pas de troubles gnosique et de la praxie

-Pas de trouble de la mémoire

-Pensée

- ✓ Trouble du cours de la pensé : Néant
- ✓ Trouble du contenu de la pensée : marqué par un déni de la maladie, un délire de thèmes mégalomaniaque

-Affects état émotionnel : Crise de colère et irritabilité

IX- STRUCTURE DE LA PERSONNALITE

- Mécanismes de Défense :
  - Le déni
  - La projection
- Symptômes :
  - Délire
  - Détachement
- Épiphénomènes : néant
- Maladie : épisode actuelle
- Conclusion : Etat limite

X- RESUME SYNDROMIQUE

Il s'agit du patient A.G, âgé de 27 ans aux antécédents familiaux juridiques, médicaux et chirurgicaux néant. L'examen nous a permis de noter :

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

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

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

-Une structure limite

XI- DIAGNOSTIC RETENU

Toxicomanie

XII- TRAITEMENT

- But : Améliorer l'état clinique du patient ; la disparition des symptômes et favoriser sa réinsertion sociale
- Moyens :

➢ Non médicamenteux

- Hospitalisation
- Psychothérapie de soutien
- Psychothérapie motivationnelle
- Psychoéducation individuelle et familiale
- Chimiothérapie

Conclusion

Il s'agit du patient A.G amené en urgence par son père pour agitation, irritabilité et propos incohérents. Mis sous traitement son état s'améliore avec une disparition de l'agressivité et de l'instabilité psychomotrice.

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

Les troubles psychiatriques dans leurs dimensions plurifactorielles nous présentent une rémission problématique. Les toxicomanies constituent un problème de santé publique dont les répercussions multiples vont au-delà de l'individu toxicomane et interpellant la famille et la société, le sanitaire et l'éducationnel, le social et l'économique. La prise en charge est très difficile avec des résultats modestes. EZIN HOUNGBE (2014).

4.1. Discussion des résultats de la recherche

4.1.1. Analyse de l'éthiopathogénie du patient A. G.

L'éthiopathogénie de la toxicomanie est la rencontre entre la personne (personnalité), le produit et le contexte ou groupe social auquel appartient le sujet. Ainsi, la prise en charge de la toxicomanie se fondera sur ces trois éléments (la personne, le produit et le contexte social). La dépendance aux opiacés constitue l'archétype même de la toxicomanie. Les opiacés sont des produits d'origine naturelle contenus dans le latex (opium) recueilli sur une plante, le pavot, ou synthétique ayant des propriétés similaires à l'opium.

L'héroïne est un dérivé de la morphine qui reste le principal opiacé consommé, hors prescription médicale. Elle se présente sous forme de poudre blanche, mais peut être vendue sous divers aspects. Ainsi, elle pourra avoir une couleur brunâtre ou grisâtre. Elle peut être prisée : « le sniff », mais elle est le plus souvent injectée par voie parentérale, surtout intraveineuse : « le shoot ». Les opiacés apportent une sensation agréable de bien-être, d'apaisement, d'extase et un état euphorique. L'héroïne agit comme un anxiolytique puissant et comme un antidépresseur. On a souvent décrit l'effet de l'héroïne sous forme de « flash » qui correspond à une sensation intense, brutale, physique et psychique.

Les stades ; oral, anal et phallique de A.G se seraient passés sans évènements traumatisant. Le stade de latence fut marqué par le décès de sa mère lorsqu'il passait le CEP à l'âge de 9 ans. Nous remarquons ainsi, une perte d'objet. Ce qui nous renvoi à la

problématique du deuil chez l'enfant. L'enfant aurait-il bien fait le deuil ? Comment a-t-il pris la disparition de sa mère ? Comment l'a-t-il vécu ? Qui aurait substitué la mère à ce stade ?

La consommation de substances psychoactives nous interpelle sur une fixation au niveau du stade orale, l'absence d'autorité (du père) au niveau du stade de latence (remarqué lorsqu'il y a la forclusion du père chez d'autres patients) et un manque affectif. Au niveau du stade oral, aucun évènement particulier ne nous interroge. Le sujet débuta ses études secondaires à Natitingou aux côtés de ses cousins, et de son oncle et le père ne venait que les week-ends. L'autorité du père aurait flotté à ce stade et l'enfant serait livré à lui-même et à la rue. Voici un enfant qui ne vit plus l'amour d'une mère, le père qui n'est présent que par moment et seulement 2 jours/ 7. Ceci pourrait le conduire à la consommation de substances psychoactives pour compenser le vide affectif. Remontons à la première prise de produit psychoactif. Selon le père, le patient aurait pris contact avec ses produits en 2008 en classe de terminal, ce qui entraina sa décompensation. Selon le patient, il consommait ses substances depuis le premier cycle et ceux, depuis la classe de 3ème ou il avait 13 ans (ce qui ouvre ses poumons afin de bien jouer nous confit-il). Son oncle aurait remarqué ces conduites addictives face aux substances psychoactives depuis la classe de 3ème également. Ceci confirme bien l'absence (physique) du père et l'absence d'autorité de ce dernier qui faciliterait son contact avec ses produits. Dans la vision psychosociale, les facteurs de risque sont en lien avec les divers événements de la vie. Elles peuvent passer par des situations traumatisantes telles les abus ou les deuils, mais sont également associées aux situations familiales ainsi qu'aux fréquentations d'une personne.

4.1.2. Itinéraire de consommation des produits psychoactives par le patient A.G.

Certains événements obtenus dans notre entretien avec A.G confirment en partie les études qui rattachent les divers abus vécus avec la toxicomanie. De plus, il est important de soulever que tel que mentionner par Liebschutz et al. (2002) soit la consommation à un jeune âge, des problèmes de justice et des séquelles négatives comme facteur de risque de développer une toxicomanie, ces trois participants ont fait état de tous ces éléments. Dans les autres événements de la vie qui selon les études semblent avoir un

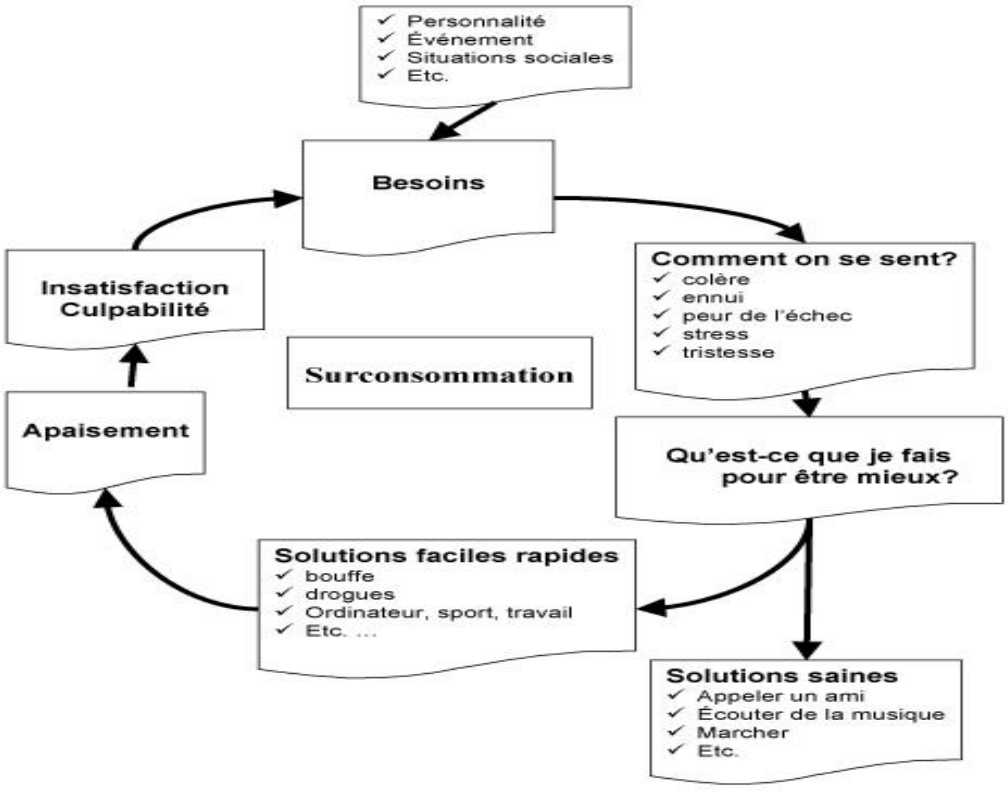
impact significatif sur la problématique de toxicomanie concerne l'influence de l'entourage. Sur ce sujet, il y a en effet, selon notre patient, un lien important entre l'initiation ainsi que la poursuite de la consommation avec la prise d'une substance psychoactive d'un parent ou d'un ami. Selon la littérature, les facteurs liés à la vision psychologique en lien avec la toxicomanie sont de trois ordres. D'abord, il y a le tempérament impulsif d'une personne qui augmenterait la prévalence de la toxicomanie. Par la suite, l'intelligence émotionnelle, soit la capacité de gestion des émotions, serait un élément à prendre en compte avec cette problématique. Troisièmement, les traits de personnalité seraient aussi prédisposant à la dépendance.

L'impulsivité, élément qui a été soulevé dans les recherches d'Ersche et (2010) et Leyton et Cox(2009) a étonnamment été mentionné par notre patient. Ces auteurs exposaient le fait que l'impulsivité était un facteur de risque majeur dans la toxicomanie ce que le patient semblent avoir remarqué dans la trajectoire de vie. Nous pouvons donc nous questionner sur le fait que l'impulsivité soit si souvent mise de l'avant. Est-ce que cette caractéristique de consommation impulsive est une étiquette et stigmatise les personnes toxicomanes en tant qu'impulsifs. Tel que rapporté par Becker (1985), les comportements déviants sont souvent caractérisés par certains comportements mais nous nous devons d'appréhender la situation dans l'ensemble pour bien comprendre le processus. Par contre, la notion de besoin de sensation forte qui a été développée dans plusieurs recherches est bien présente dans le parcours de A G. De leur côté, Kun et Demetrovics (2010) ont étudié le lien entre la toxicomanie et l'intelligence émotionnelle. Or, de notre côté, notre patient mentionne avoir de la difficulté à gérer certaines émotions ou sentiments. Pour ce qui est de l'élément décodage des émotions, il était difficile d'évaluer ce concept dans une recherche sur l'étude cas. Par contre, la difficulté à réguler les émotions est un sujet que tous les hommes évoquent. Ils rapportent que les émotions sont clairement liées, selon eux, à l'initiation à la consommation, mais surtout à la graduation de la toxicomanie. Certaines émotions semblent toutefois plus difficiles à gérer dont l'estime de soi, la tristesse, l'ennui, un haut niveau de stress ainsi qu'une mauvaise gestion du temps qui amène du même fait un stress.

4.1.3. Facteurs d'influence à la consommation de substance psychoactive

Par ailleurs, le patient affirmant « cela ouvre mes poumons et me permet de bien jouer » nous amène sur le terrain de la recherche et du maintien de la performance grâce aux substances psychoactives ou du moins, être meilleur pour avoir sa place. Alors, le patient cherchant à être performant, à renforcer ses capacités, à maintenir le cap s'adonne à ces produits. Ainsi pour le patient une certaine dépendance s'est installée lorsqu'il ne peut plus se passer de consommer la drogue, sans éprouver de souffrances physiques ou psychologiques au contraire cette consommation augmenterait ces performances physiques. C'est ainsi que se déclenche le cycle de l'assuétude chez le consommateur. Notre conception de l'assuétude est basée sur les concepts de Stanton Peele qui dit que l'assuétude ou la dépendance, chez une personne donnée et dans des circonstances particulières. L'effet recherché est de supprimer l'angoisse. Cependant, l'assuétude diminue aussi la capacité à faire face à la vie.

Cycle de l'assuétude



Source : Drogues savoir plus, risquer moins, Centre québécois de lutte aux dépendances, 2006

4.1.4. Analyse des facteurs en profondeur

L'enfant aspire à être footballeur mais le père souhaiterait qu'il achève ses études secondaires pour mieux l'aider sur ce chemin. Remarquons alors qu'il devra concilier études et sport (football) puisque son désir est de devenir footballeur. Tout ceci ne fera que renforcer ses conduites addictives. Tellement il a l'impression qu'on lui demande assez ; qu'il manque de soutien. Il est perdu et ne sait plus à quoi s'accrocher. Et c'est en cela nous voyons l'affirmation du Sociologue Alain EREMBERG qui s'inscrit bien et se justifie ici : « L'Homme est devenu aujourd'hui un être incertain ». Aujourd'hui en demandant trop à l'homme, il s'inscrit dans une compétitivité extrême et n'est plus capable de répondre à toutes ses aspirations ; il ne sait plus à quel saint se vouer. Pourquoi tout ceci ? Revenons sur l'autorité du père et son rôle en lien avec la personnalité du sujet. Dans sa crise, il déni son père (ce fut à l'arrivé de son père lorsque nous étions en plein entretien). Il se pose un problème d'identification et de filiation qui serait lié à la non résolution du complexe d'œdipe, ou le petit garçon serait plus probablement attaché à sa mère. C'est ainsi qu'il projette tout ce qu'il vit sur son père devenu « son ami qui veut voler la place de son véritable père qui serait Lil Wayne ». Ainsi le patient s'appellerait : Cabrabatane Lil Wayne. Le patient dans son inconscient est toujours en manque de ce père idéal qu'il identifie à Lil Wayne.

La famille est une source primordiale de socialisation et de transmission des normes et des valeurs. En ce sens, elle occupe un rôle certain dans l'adoption de comportements dits déviants. Selon Brochu et Parent (2005), les parents des jeunes marginalisés sont fréquemment absents ou désengagés. Les familles de ces derniers sont d'ordinaire caractérisées par un manque d'encadrement et de supervision, par l'absence de marques d'affection, ainsi que par une faible communication et une pauvreté relationnelle entre les différents membres de la famille (Brochu & Parent, 2005; Beinert, Anderson, Lee, & Utting, 2002; Kaplow & coll., 2002). En fait, la structure familiale (O'Donnel & coll., 1995), de même que les interactions et les dynamiques présentes au sein du système familial (Williams, Ayers, Abbott, Hawkins, & Catalano, 1999), auraient un impact significatif sur l'adoption de comportements déviants par les adolescents.

À court terme, certaines drogues peuvent provoquer de la confusion, de l'angoisse ou des troubles mentaux. À plus long terme, l'abus de drogues peut provoquer des

modifications de la personnalité, des problèmes d'apprentissage, une perte de mémoire et peut même causer des troubles de santé mentale. Les dangers pour la santé mentale sont particulièrement élevés dans le cas des jeunes qui consomment de la drogue. Un jeune qui se tourne vers la drogue pour surmonter l'angoisse et la dépression ordinaires peut s'enliser dans des comportements qui lui seront difficile de délaisser par la suite. Nombre de ces usagers en viennent à croire qu'ils ne peuvent pas vivre normalement sans drogue. Les gens qui souffrent depuis longtemps de troubles émotionnels et mentaux graves se tournent aussi souvent vers les drogues pour supporter leurs sentiments désagréables. On a aussi constaté que bien des consommateurs d'alcool et d'autres drogues avaient été victimes de sévices physiques ou sexuels.

Pour conclure, il semble que le facteur de risque sur lequel la plupart des chercheurs s'entendent est celui de l'impulsivité. Qu'il soit vu comme un trait de personnalité ou comme un problème neurologique, l'impulsivité à un lien incontestable avec l'abus de substance. D'autre part, nous constatons que les personnes ayant un trouble de santé mentale telle la dépression ou les troubles d'anxiété sont beaucoup plus à risque de développer une dépendance. L'autre point qui ressort dans cette recension des écrits est l'influence de l'environnement. Autant les normes ou restrictions sociales que les comportements appris par les parents ou même l'influence des amis peuvent avoir une incidence sur le comportement d'une personne. Ainsi, si un produit est banalisé ou même valorisé dans l'entourage, il est probable qu'une personne s'initie plus facilement à cette consommation et développe du même fait une dépendance. Il n'y a pas qu'un seul facteur qui amène l'abus ou la dépendance aux substances psychoactives.

Notre première hypothèse était : le mauvais fonctionnement de la société ou du cadre famille serait à l'origine de la consommation de substance psychoactives chez le patient toxicomane du CNHUP C. De l'analyse psychologie du patient A.G il ressort que l'absence d'autorité parentale surtout de son père l'aurait facilité l'accès à vie de rue. Il serait ainsi livré à lui-même et aurait accès aux substances psychoactives.

Notre deuxième hypothèse était : La consommation de substance psychoactive aurait des effets néfastes sur l'état de santé mentale du patient toxicomane du CNHUP C. Les conséquences de la toxicomanie sont des pathologies d'ordre physique comme psychique.

4.2. Perspectives

Afin de limiter les ravages liés aux stupéfiants, l'Assemblée générale des Nations unies a adopté une nouvelle approche faisant de la préservation de la santé et de la sécurité des individus le principal objectif des politiques de contrôle des drogues. Elle a ainsi rompu avec la « ligne dure » qui s'était progressivement imposée sous l'influence des États-Unis.

L'attitude des autorités américaines à l'égard des stupéfiants s'est radicalement transformée au début du XXe siècle. Jusqu'à cette époque, les substances psychoactives étaient librement commercialisées aux États-Unis. Peu coûteuses, elles étaient aisément disponibles : on pouvait s'en procurer dans les pharmacies et les grands magasins, voire par correspondance. Dans leur grande majorité, les consommateurs de psychotropes en faisaient un usage modéré. La dépendance aux narcotiques était par ailleurs moins réprouvée socialement que ne l'était l'alcoolisme.

Le projet que nous aimerons mener est de créer pour les familles (des patients du CNHUP C et autres) des réunions d'informations.

Elles seraient animées par des psychologues et sociologues. Plusieurs familles seraient alors conviées et échangeraient ensembles avec les psychologues. Cet échange se ferait donc sous forme de groupe de parole. L'information que de tel réunion existe serait donner aux familles à l'entrée de leur proche ou lors de visite.

Les réunions d'informations porteraient sur :

- Les différentes pathologies psychiatriques,
- Les signes évocateurs de décompensation chez les patients de troubles psychiatriques,
- Les conduites à tenir lors de situations spécifiques comme par exemple refus de prendre son traitement,
- Comment désamorcer certaines situations difficiles : agressivité, hallucination,
- Sur les traitements, leurs intérêts leurs effets curatifs et/ou préventifs sur le patient, ainsi que leurs effets secondaires.

De plus, ces réunions permettraient d'évaluer l'état psychologique des familles (épuisement psychologique…) ainsi que d'évaluer leur ressentie par rapport à

l’hospitalisation (quel est l’intérêt de cette hospitalisation pour eux) et leurs émotions par rapport à cette hospitalisation.

L’objectif global de ce projet est que la famille comprenne le système de santé en psychiatrie, qu’elle se sente incluse dans la prise en charge de leur proche hospitalisé, et qu’ainsi elle le guide à coopérer davantage avec les soignants.

Les bénéfices attendus pour la famille sont de lui permettre qu’elle ait un apport de connaissance sur les différentes techniques de prise en charge de leur proche et qu’ainsi elle s’y sente plus intégrée et plus à aider leur proche.

Enfin pour les patients cela leur permettraient d’être moins isoler socialement pendant leur hospitalisation et de même après, car la famille comprendrait d’avantage les réactions et le comportement du patient. Cela leur apporterais aussi du soutient. La famille les guiderait à prendre les bonnes décisions pour leur santé, et à coopérer davantage avec les soignants en vue d’améliorer positivement leur état de santé mentale.

CONCLUSION

Il nous est possible, suite à l'analyse des informations, de faire le portrait général de la vie des hommes toxicomanes ainsi que d'exposer certains facteurs de risque de la dépendance à l'alcool et aux drogues. La réalité des hommes dans notre société est différente de celle des femmes. Il est, donc, intéressant de mettre l'emphase sur le parcours des toxicomanes masculins et ainsi traiter l'information de façon plus pointue à une population au lieu de la généraliser. L'étude nous a permis d'avoir des réponses à notre question générale qui est de comprendre les causes et les conséquences de la consommation de substances psychoactives. De plus, l'étude cas du patient A.G du CNHUP C, nous a permis de faire ressortir certaines pistes en ce qui concerne les causes liées à l'initiation ainsi qu'à la progression de la consommation. La consommation qui devient indispensable pour fonctionner au quotidien, la place de la consommation dans la routine de vie ainsi que la progression de la consommation ont toutes été évoquées par notre patient. Pour ce qui est des phases de la trajectoire de dépendance exposées dans la littérature, les récits entendus ne font que confirmer qu'il y a une progression dans la consommation qui passe par l'initiation à un produit à la consommation sociale jusqu'à la dépendance. Cette trajectoire de la dépendance est similaire, peu importe la drogue consommée. Par contre, la progression peut être plus ou moins rapide selon l'effet recherché par le consommateur. Certaines drogues dont la cocaïne et les amphétamines, ont une graduation plus précipitée. Malgré que toutes les dépendances doivent être prises au même degré de gravité, le fait de connaitre le produit consommé peut pister le clinicien sur la possible vitesse de progression de la toxicomanie.

Il nous a été permis de constater, à travers cette étude, que l'âge de l'initiation et les personnes qui ont influencé cet essai changent selon la substance. L'alcool est le produit qui est expérimenté le plus tôt, soit à la préadolescence. Vient ensuite, habituellement à l'adolescence, l'initiation au drogue qui est essentiellement fait par l'entremise d'amis. D'abord, il y a la consommation dans l'entourage soit la dépendance d'un parent ou encore, l'influence d'un pair. De plus, le milieu de vie ainsi que la normalisation d'un produit teintent la vision de la personne face à la consommation de ce même produit. La facilité à se procurer une drogue peut aussi inciter à sa consommation. L'usage d'alcool et de drogues à un âge précoce fait effectivement partie des facteurs de risque. Le fait

d'avoir une expérience agréable lors de la première consommation à un impact sur la motivation à reprendre ou non le produit. Un autre facteur est lié aux divers événements pénibles de la vie qui ont des répercussions négatives sur l'état de la personne, sur sa vision d'elle-même et sur la perte de confiance en l'autre. La gestion de toutes ses émotions éprouvantes ainsi que la remémoration de situations traumatisantes amènent certaines personnes à sombrer dans la consommation pour oublier le passé. D'un côté plus personnelle, une faible faculté à gérer les émotions difficiles et une personnalité non-conformiste sont des facteurs de risque. Notre société qui prône la performance laisse peu de place à l'expression des émotions. Il serait pertinent que dès le primaire, il y ait des ateliers sur la gestion des émotions dans les programmes scolaires. Ceci permettrait d'offrir à nos futurs citoyens un facteur de protection face à la dépendance. Il y aurait, du même coup, des économies sur notre système de santé.

Face à la poursuite ou non de la consommation d'une substance psychoactive, il y a aussi des facteurs qui ont une incidence. Le fait de côtoyer des pairs consommateurs normalise et cristallise le comportement de la personne. Dans le même ordre d'idée, le fait de fréquenter une conjointe consommatrice établit une dynamique au sein du couple où l'un et l'autre s'influencent dans leur consommation. De plus, la progression de la toxicomanie est rehaussée par de bons moyens financiers et par la disponibilité du produit. Le commerce de stupéfiants qui englobent ces deux derniers facteurs prédispose donc fortement à la poursuite de la consommation. Certains facteurs de risque, qui ont aussi une incidence sur l'initiation à la consommation, ont également un impact sur la progression de la toxicomanie, dont les événements difficiles et la gestion des émotions.

La toxicomanie entraîne son lot de conséquences. Toutefois, certaines sont plus marquantes selon notre étude dont les soucis financiers dus à la perte d'emploi ou encore à des dettes de consommation, les conflits avec l'entourage, les problèmes de santé physique causée par la prise d'un produit, les troubles psychologiques dont un état dépressif ou les psychoses qui sont induits par la substance, des problèmes avec la justice et la perte de certaines valeurs. Dans la dépendance, ce sont les conséquences de la consommation qui amènent les personnes à prendre conscience de leur problématique.

La littérature expose les liens pauvres entre les parents et l'enfant comme facteur prédisposant à la toxicomanie. Par contre, dans notre recherche, il nous a été permis de

constater que c'est plus précisément la relation père-fils qui semble avoir un impact. Il serait pertinent de pousser cette corrélation plus loin. Est-ce que le fait d'avoir des liens pauvres avec son père est un facteur de risque à la toxicomanie pour les hommes ?

Le trafic de stupéfiants qui favorise une grande entrée d'argent en plus d'une disponibilité du produit fait en sorte que le toxicomane ne peut qu'entrer dans le cercle vicieux de la dépendance. Lorsqu'une personne est en traitement pour sa problématique de consommation, il est donc primordial de prendre en considération sa capacité à gérer ses finances. Tout comme les programmes pour les joueurs compulsifs qui disposent pour la plupart d'un service de fiducie, les centres de réadaptation des toxicomanies auraient avantage à offrir les mêmes services. Ainsi, il serait possible pour les clients de ré apprivoiser leur rapport avec l'argent et du même fait, diminuer les risques de rechute.

Cette étude nous a permis de prendre davantage conscience de la réalité des hommes toxicomanes. Le fait qu'il nous ait partagé son vécu a remis en perspective la problématique de la toxicomanie. Maintenant que nous connaissons les éléments qui peuvent mener un homme à la dépendance aux substances psychoactives et les conséquences qui en découlent, il serait pertinent d'investir nos énergies en tant que société sur les facteurs de protection. Il semble que ceux-ci devraient être intégrés dès un jeune âge. De plus, les professionnels de la santé, mais aussi les enseignants devraient connaitre les aspects à surveiller pour être à l'affût des problématiques des enfants qu'ils côtoient. De cette façon, les jeunes ayant des facteurs de risque plus prononcés pourraient être outillés et ainsi, faire face aux difficultés de la vie avec des moyens positifs. La toxicomanie n'est pas seulement une problématique liée à la consommation d'un produit, elle est plus complexe. Cette trajectoire vers la dépendance ne commence pas au premier essai d'une substance. Elle s'installe déjà à l'enfance selon le milieu de vie, la personnalité, la famille et l'entourage d'une personne.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996) **DSM-IV**. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson.

ANDRÉ, C., LELORD F. (1999). L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres. Paris : éd. Odile Jacob.

Albero, L. (2003). *Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique.* Bruxelle, Belgique : Éditions De Boeck Université.

Arata, C., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., et O'Farrill-Swails, L. (2005). "Single versus Multi-Type Maltreatment." Journal of Aggression

Badinter, E. (1992). *X Y, de l'identité masculine*, Paris : Les éditions Odile Jacob.

BANDURA A., Self-efficiency : toward a unifying theory of behavioral change, Psychological review.

BANDURA, A. (1980). L'apprentissage social. Bruxelles.

Becker, H. S. (1985). *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*, Paris : Métaillié.

Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie.* Paris : Éditions Nathan

Bertrand, K. & Nadeau, L. (2006). "Trajectoire de femmes toxicomanes en traitement ayant vécu de prostitution :"

BELCHEVA, M.M., BARG, J., MCHALE, R.J., DAWN, S., HO, M.T., IGNATOVA, E.G. AND COSCIA, C.J. (1993) *Differential down- and up-regulation of rat brain opioid receptor types and subtypes by buprenorphine.*

BELCHEVA, M.M., HO, M.T., IGNATOVA, E.G., JEFCOAT, L.B., BARG, J., VOGEL, Z., MCHALE, R.J., JOHNSON, F.E. AND COSCIA, C.J. (1996) *Buprenorphine differentially alters opioid receptor adaptation in rat brain regions*.

BELLOT, C. (2005). La diversité des trajectoires de rue des jeunes à Montréal. Dans Brunelle, N et Cousineau, M.M. Québec, Québec : Les Presses de l'Université du Québec.

Bergeron, H. (2009). *Sociologie de la drogue.* Paris : Édition La Découverte.

BREMS, C., Johnson M.E., Neal, D. et Freemon, M. (2004)."Childhood Abuse History and Substance Use Among Men and Women Receiving Detoxification Services."

BROCHU, S. (1997). Drogues et criminalité : point de vue critique sur les idées véhiculées. Déviance et Société.

BUDENAERTS, J. (2001). Drogues : substitution et polytoxicomanie. Paris : L'Harmattan.

BURROUGHS, W., HARRIS, O.(1998) Junky. Paris : Broché.

CLASSIFICATION MULTI-AXIALE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT **CIM-10**/OMS (2001). Paris : Masson.

CANNON, W. B.(1932, 1ère édition, 1939). The wisdom of the body, 2nd Ed. New-York : Norton.

COHEN, F., LAZARUS R. (1979). Coping with the stresses of illness. In : Stone, G.

COHEN, F., ADLER, N. (Eds). Health Psychology : a handbook. Jossey-Bass : San-Francisco.

DENIS, R., SENON, J-L. (1997). A propos du lien entre comportement toxicomaniaque et comportements délinquants.

DENIS, R., SENON, J.L. (1999). Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances. Paris : Larousse.

DI MATTEO, M. (1991). Psychology of health, illness and medical care. Brooks/Cole Publishing Company, Wadsmorth.

DREES (1999). Enquête sur la fréquence de l'usage de drogues chez les détenus.

Chiffres de 1997, enquête réalisée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité (Direction de la recherche, des études et des statistiques) dans l'ensemble des maisons d'arrêt et des centres pénitentiaires. Paris.

EZIN HOUNGBE J.(2014) Cours de psychopathologie.PSE2.DPSE.UAC

FEUTRY , VALENTIN, (1999). Existe-t-il des stratégies de coping spécifiques aux héroïnomanes incarcérés? Etude du niveau de stress perçu et des stratégies de coping de détenus héroïnomanes et non héroïnomanes. Mémoire de DESS Psynpad. Lille III.

JOUBLIN H. avec les contributions de BUNGENER M., CAUSSE D., DAVIN B., DUPUY O., FANTINO B., HIRSCH E., LE GRAND-SEBILLE C., MAY-LEVIN F., MOLINIE

Léonard, L et Ben Amar M. (2002). *Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie.* Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.

Leray, C. (2008). *L'analyse de contenu de la théorie à la pratique. La Méthode Morin-Chartier.* Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Leyton, M. et Cox, S.M.L. (2009). L'impulsivité et les troubles de toxicomanie. Dans Centre canadien de lutte contre l'alcool et les toxicomanies (dir.) *Troubles concomitants*

Nadeau, L. et Biron, C. (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie.* Saint-Nicolas, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Parks, K.A. et Kennedy, C. L. (2004). "Club drugs: Reasons for and consequences of use" Journal of psychoactives drugs

Pelletier, C. et Pagé, G. (2002). "Les critères de rigueur scientifique en recherche" Recherche en soins infirmiers,

Valtonen, K., Padmore, J.C. et Sogren, M. (2009). "Lived experiences of vulnerability in the childhood of persons recovering from substance abuse." Journal of Social

Vitaro, F., Brendgen, M., Ladouceur, R. et Tremblay, R.E. (2001). "Gambling, Delinquency, and Drug Use during Adolescence: Mutual Influences and Common Risk Factors."

Zufferey, M.C. (2006). "S'en sortir dans un contexte de réduction des risques : trajectoires multiples, nouveaux défis".

Zufferey, M.C. (2005)."Les sorties de la toxicodépendance à l'époque de la réduction des risques.

ANNEXES

PLAN D'OBSERVATION

I- IDENTITE DU PATIENT

Nom : Prénom : Ethnie :

Age : Sexe : Religion :

Etat Matrimonial : Profession : Adresse :

II- MOTIF DE CONSULTATION

La raison qui conduit à l'examen peut être différent selon l'interlocuteur volontaire ou non, envoyé, accompagné. Rechercher des soins, des protections, des causeries.

III- ANAMNESE

1. Détails sur les symptômes
2. Le début, la durée, l'intensité, circonstance aggravante ou atténuante
3. Associé
4. Traitement reçu, évolution
5. Retentissement sur le comportement

IV- ANTECEDENTS

Personnels : Médicaux, Chirurgicaux, Psychiatrique (épisodes psychiatriques antérieures : date et durée, tentatives de suicide, pourquoi, quand, comment, les circonstances) ; justice.

Familiaux : père, mère, collatéraux, descendants

V- BIOGRAPHIE

1. Père : âge, nombre de femme, profession, nombre d'enfant, cause de décès,
   Mère : âge, rang occupé parmi les femmes, profession, nombre d'enfants, cause du décès.
   Fratrie, Aîné, cadet, etc.
2. Développement du patient

- Conception, grossesse, accouchement, à la naissance
- Développement psychomoteur, comportement du bébé, agité, amorphe
- Milieu éducatif : milieu familial, uni, séparé, divorcé
- Scolarité : début, classe reprise, relation
- Développement ultérieur : diplôme universitaire, étude professionnel
- Développement sexuel et adaptation sentimental : âge de la puberté, retentissement du 1er rapport sexuel, déroulement de la vie amoureuse, vie de couple, descendance
- Développement intellectuel et professionnel avec niveau de stabilité, poste occupés
- Événement marquants (positif, négatif)

VI- ENQUETE SOCIAL

- Relation interpersonnelle
- La nature des relations, conduite additive

VII- LA DEMANDE DU PATIENT

- Consciente
- Inconsciente

VIII- EXAMENT SOMATIQUE

- Général
- Appareil par appareil
- Neurologique

IX- EXAMEN PSYCHIATRIQUE

1. Présentation : (tenue, mimique, comportement, contact)
2. Conduites instinctuelles : (Alimentation, sommeil, conduite sexuelle, conduite sphinctérienne)
3. Conduite sociale : (fugue, vol pathologique, homicide)
4. Conduite antisociale : (agressivité verbale, agressivité physique)
5. Conduite additive : (alcoolisme, toxicomanie)
6. Fonctions supérieures
    a. Fonctions symboliques

- Langage : Production globale, sémantique, syntaxe, aphasie

- Gnosie et praxie

b. Fonctions mnésiques

Amnésie, fabulation, paramnésie, hypermnésie

c. Fonctionnement de la pensée du jugement

- Troubles du cours de la pensée
- Troubles du contenu de la pensée (délire… thème)
- Distorsion globale de la pensée

d. Evaluation globale de l'intelligence : trouble du jugement

e. Activité perceptive

Hallucination non psychotique et psychotique

f. Conscience de soi et de l'environnement

- Troubles de la vigilance
- Troubles de l'attention
- Trouble de la conscience de soi

g. Etat émotionnel

- Troubles de l'expression des affects
- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux

X- STRUCTURES (PSYCHOTIQUES)

- Mécanisme de défense, symptôme névrotique, pervers, psychotique
- Epiphénomènes, Maladie

XI- RESUME

Il s'agit de Mr AB âgé de…fonctionnaire, (sans antécédent ou avec antécédent) chez qui l'examen et l'entretien nous a permis de noter :

- Problème somatique
- Troubles de la présentation à type de…….
- Troubles de la mémoire à type de …….

XII- HYPOTHESES DIAGNOSTIQUE

Au plus probable au moins probable sans oublier le problème, le diagnostic somatique

XIII- DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

Du moins probable au plus probable

XIV- DIAGNOSTIQUE RETENU

XV- BILAN PARACLINIQUE

- A visée étiologique : dépression T3 ; T4. Problème somatique
- A visée thérapeutique : bilan rénal, hépatique, hématologique

XVI- TRAITEMENT

1. But
2. Moyens

- Chimiothérapie
- Psychothérapie
- Electrochoc
- Ergothérapie : thérapie par travail

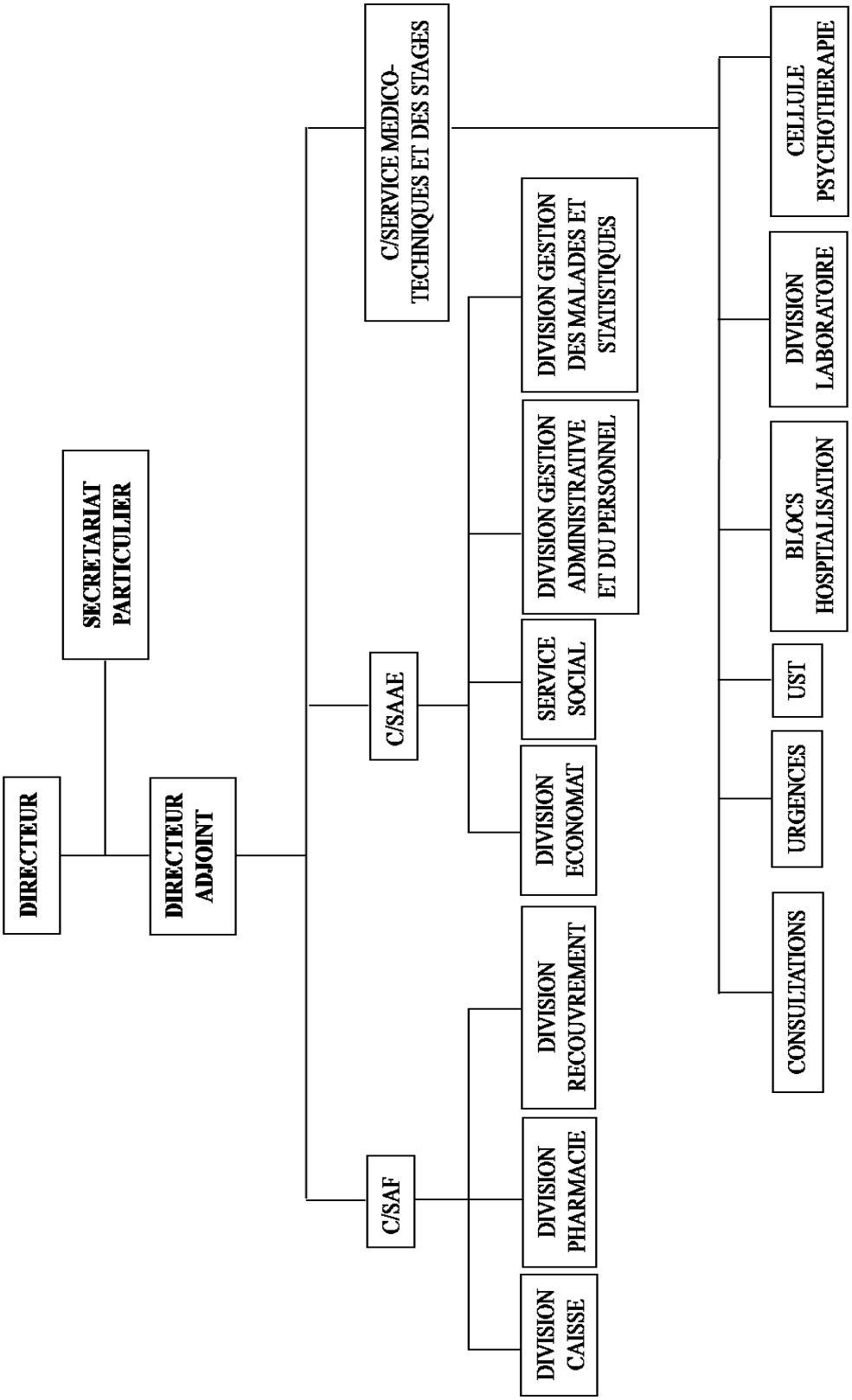
3. Indication
4. Surveillance

XVII- EVOLUTION – PRONOSTIC

XVIII- INTERET

CONCLUSION

ORGANIGRAMME



Source : Archives CNHUP-C 2016

Table des matières

SOMMAIRE 1
DEDICACE 3
REMERCIEMENTS 4
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 5
RESUME 6
ABSTRACT 6
INTRODUCTION 7
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE 9
1.1. Cadre institutionnel du stage 9
1.1.1. Présentation du centre, les ressources et activités 9
1.1.1.1. Présentation du Centre National Hospitalier Psychiatrique de Cotonou (CNHU-PC) 9
1.1.1.2. Le statut du Centre 10
1.1.1.3. Les ressources et activistes du CNHU PC 11
1.1.1.3.1. Les ressources 11
Ressources humaines 11
Ressources financières 12
Ressources matérielles 12
1.1.1.3.2. Activités du CNHU-PC 12
1.2. Déroulement du stage et observations 13
1.2.1. Services parcourus et travaux effectués 13
1.2.2. Les outils de travail 14
2.1. Cadre théorique de la recherche 16
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE ADOPTEE 16
2.1.1. Enoncé du problème, hypothèses et objectifs 16
2.1.1.2. Hypothèses de la recherche 18
2.1.1.2.1. Hypothèse générale 18
2.1.1.2.2. Hypothèses spécifiques 18
2.1.1.3. Objectifs de la recherche 18
2.1.1.3.1. Objectif général de la recherche 18

2.1.1.3.2. Objectifs spécifiques de la recherche 18
2.1.2. Revue de littérature 19
2.2. Approche méthodologique de la recherche 21
2.2.1. Nature de la recherche 22
2.2.2. Groupes cibles et échantillonnage 22
2.2.2.1. Groupes cibles 22
2.2.2.2. Technique d'échantillonnage et échantillon 22
2.2.3. Techniques et outils de collecte de données 22
2.2.4. Technique et outils de traitement des données 23
2.2.5. Les limites de l'étude ..... **Erreur ! Signet non défini.**
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 25
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 30
4.1. Discussion des résultats de la recherche 30
4.1.1. Analyse de l'éthiopathogénie du patient A. G. 30
4.1.2. Itinéraire de consommation des produits psychoactives par le patient A.G. .. 31
4.1.3. Facteurs d'influence à la consommation de substance psychoactive 33
4.1.4. Analyse des facteurs en profondeur 34
4.2. Suggestions ..... **Erreur ! Signet non défini.**
CONCLUSION 38
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 41
ANNEXES 44