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

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
(FASHS)
****

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
(DP)
****

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

Sujet

VECU PSYCHOLOGIQUE DE L'HOPITALISATION DES PATIENTS TOXICOMANES AU CNHUP-C

Réalisé par

BALOUBI K. Akab

Maître de stage

Elvire KLIKPO
Maitre de conférences agrégé en Psychiatrie

Tuteur de stage

Dr. Michel MEHINTO
Maître-Assistant des Universités/CAMES

LES MEMBRES DU JURY

Président /Rapporteur : Dr. Michel MEHINTO (Maître-Assistant/CAMES)

Examinateur : Dr. Aristide AKOVOWANOU (Docteur)

Membre : Dr. Mohamed BISSIRIOU (Docteur)

Mention : Très Bien

Note : 17/20

ANNEE ACADEMIQUE : 2023-2024

Sommaire

DEDICACE 3

REMERCIEMENT 4

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES 5

LISTE DES TABLEAUX 6

RESUME 7

ABSTRACT 7

INTRODUCTION 8

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DÉROULEMENT DU STAGE 10

CHAPITRE II : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ADOPTÉE 17

CHAPITRE III - PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE 29

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE 37

CONCLUSION 40

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 41

ANNEXES 43

TABLE DES MATIERES 47

Dédicace

À :

- Mon père BALOUBI A. Cyriaque ;
- Ma mère Firmine AKPAO**.**

REMERCIEMENTS

Ma reconnaissance à tous ceux et celles qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail. Qu'ils reçoivent ici mes vifs respects et ma profonde gratitude, une mention particulière :

- au Dr MICHEL M. MEHINTO, Enseignant-Chercheur au département de psychologie, notre tuteur de stage pour sa disponibilité, la patience et la rigueur dont il a fait preuve dans la rédaction de ce rapport de stage malgré son agenda chargé ;

- aux Dr Ornheilia ZOUNON et Dr Modeste OGNIN ; respectivement chef de département et chef adjoint de département de psychologie qui nous ont permis d'aller confronter nos connaissances théoriques aux réalités pratiques du terrain par le stage ;

- à tous les enseignants de la FASHS particulièrement ceux du département de psychologie qui n'ont aménagé aucun effort pour nous inculquer le meilleur de leur savoir et savoir-faire ;

- au Professeur titulaire de psychiatrie, Mr GANSOU G. Magloire directeur du CNHUP-C, pour nous avoir permis de faire notre stage dans l'institution dont il a la charge ;

- à mon maître de stage, Maître de Conférences agrégé en psychiatrie, Mme Elvire KLIKPO pour son accompagnement ;

- au psychologue clinicien ; Mr Dominique MATCHE pour son amour, son aide et son accompagnement de tous les jours ;

- aux psychologues cliniciens exerçants au CNHUP-C, Mr FADONOUGBO Carmélio et Mme LODONOU Urlermine pour leur amour et leur partage de connaissance ;

- à tout le personnel du CNHUP-C pour l'affection et leurs contributions dans l'atteinte de nos objectifs ;

- au camarade Ange-Marie DATINON pour son partage de connaissance ;

- à tous les camarades de la promotion 2022/2023 pour leur amitié particulièrement à Aymard GBAGUIDI;

À tous, MERCI

Liste des sigles et acronymes

ARSEA : Atelier de Réinsertion Sociale d'Expression Artistique

CNHUP-C : Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique de Cotonou

DP : Département de psychologie

FASHS : Faculté des Sciences Humaines et Sociales

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UST : Unité de Soins aux Toxicomanes

UAC : Université d'Abomey-Calavi

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients enquêtés selon le sexe 29

Tableau II : Répartition des patients enquêtés selon l'âge 29

Tableau III : Durée de l'hospitalisation 30

Tableau IV : Substances psychoactives fréquemment consommées 30

Tableau V : Fréquence de consommation 31

Tableau VI : Décision de l'hospitalisation 31

Tableau VII : Sentiment ressenti lors de l'hospitalisation 32

Tableau VIII : Vécu du sevrage au cours de l'hospitalisation 32

Tableau IX : Manquement lors de l'hospitalisation 33

Tableau X : Adaptation à l'hospitalisation 33

Tableau XI : Privation de liberté 34

Tableau XII : Perception d'hospitalisation 34

Tableau XIII : Recommandation de l'hospitalisation 35

Tableau IVX : Suggestion d'amélioration 35

Résumé

Ce rapport de stage porte sur le vécu psychologique de l'hospitalisation des patients toxicomanes au CNHUP-C. Pendant l'hospitalisation, la dépression, les troubles anxieux peuvent surgirent chez les patients hospitalisés. Les patients sont capables de surmonter ces moments grâce à l'aide d'un professionnel de la santé mentale. L'objectif de cette recherche est d'analyser le vécu psychologique de l'hospitalisation chez les patients addicts aux substances psychoactives au CNHUP-C dans le but de fournir un soutien psychologique. Pour y arriver, nous avons opté pour une méthode de recherche qualitative. Cependant, pour bien mener cette recherche, nous avons eu recours à un questionnaire qui a permis d'obtenir des données quantitatives. Les différentes techniques utilisées au cours de cette recherche (guide d'entretien, questionnaire, observation) nous ont permis de collecter des informations auprès de vingt-deux (22) patients au profit de la technique d'échantillonnage à choix raisonné. Les résultats des enquêtes ont permis de comprendre que les patients toxicomanes hospitalisés au CNHUP C ont besoin de se verbaliser, d'être écouté, d'être psychologiquement accompagné pour mieux s'adapter à ce moment d'hospitalisation. Pour faire face aux nombreuses souffrances que provoque l'hospitalisation, les patients ont besoin de participer à l'atelier de musicothérapie, du théâtre organique, de peinture. L'analyse des résultats a permis de noter que le moment passé enfermé en hospitalisation a des inconvénients sur ces derniers.

Mots-clés : Vécu psychologique, hospitalisation, patient, toxicomane

Abstract

This internship report focuses on the psychological experience of hospitalization of drug addict patients at the CNHUP-C. During hospitalization, depression, anxiety disorders can arise in hospitalized patients. Patients are able to overcome these moments with the help of a mental health professional. The objective of this research is to analyze the psychological experience of hospitalization among patients addicted to psychoactive substances at the CNHUP-C with the aim of providing psychological support. To achieve this, we opted for a qualitative research method. However, to properly conduct this research, we used a questionnaire which allowed us to obtain quantitative data. The different techniques used during this research (interview guide, questionnaire, observation) allowed us to collect information from twenty-two (22) patients for the benefit of the purposive sampling technique. The results of our surveys allowed us to understand that drug addict patients hospitalized at CNHUP C need to verbalize, to be listened to, to be psychologically supported to better adapt to this moment of hospitalization. To cope with the many sufferings caused by hospitalization, patients need to participate in music therapy, organic theater and painting workshops. The analysis of the results made it possible to note that the time spent confined in hospitalization has disadvantages on the latter.

Keywords: Psychological experience, hospitalization, patient, drug addict

INTRODUCTION

« La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation Mondiale de la Santé, 1948). L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la toxicomanie comme « un état de dépendance physique ou psychique ou les deux, vis-à-vis d'un produit et s'établissant chez un sujet et à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci ». La toxicomanie représente donc une aliénation, une certaine privation de liberté puisque le toxicomane est profondément dépendant de sa drogue. L'OMS préfère même au terme de "toxicomanie", celui de "pharmacodépendance". En effet, elle se traduit par un usage répété et excessif d'une ou plusieurs substances toxiques sans justification thérapeutique. Cet usage s'accompagne d'un désir incontrôlable de continuer à consommer le produit, accompagné d'accoutumance et de dépendance. Mais quelle réalité revêt cette explication de la toxicomanie si nous l'appliquons aux personnes toxicomanes en matière de notion d'hospitalisation, de soins et d'accompagnements ? Le patient dépendant des Substances psychoactives hospitalisé fait une multitude d'expériences au plan physique, émotionnel, social, familial, culturel, relationnel et spirituel. L'hospitalisation vise à consolider l'observance thérapeutique, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation. L'hospitalisation est souvent une étape nécessaire du processus de traitement, mais elle peut aussi avoir un impact psychologique significatif sur les patients.

Au regard de cet objectif, des techniques de prise en charge performantes sont utilisées pour réussir le sevrage chez les patients toxicomanes. Cependant, le patient toxicomane hospitalisé se rend à l'évidence qu'il a perdu une partie de sa liberté et qu'il vivra désormais pendant un moment dont il ignore la durée dans un environnement inhabituel. Il se demande comment s'adapter à cette nouvelle situation ? Il développe ainsi des comportements qui prouvent qu'au-delà de sa prise en charge, qu'une autre dimension de santé s'est déstabilisée. Il s'agit du volet psychologique et social. Le vécu de l'hospitalisation met à l'épreuve les relations sociales du patient qui vont subir des modifications. Cette problématique lance une réflexion sur ce que l'hospitalisation du patient implique en termes de modification de la vie sociale. En effet, après une durée d'hospitalisation, la réintégration et la réinsertion sociale pourraient apparaître comme des préoccupations majeures pour les patients.

De ce qui précède, on retient qu'au-delà de l'exploit thérapeutique, la dimension psychologique et sociale occupe une place essentielle dans la prise en charge de la toxicomanie. D'où notre thème intitulé : « Vécu psychologique de l'hospitalisation des patients toxicomanes au CNHUP ex Jacquot de COTONOU ». Cette recherche s'articule autour de introduction suivie du cadre

institutionnel et du déroulement du stage, ensuite aborder le cadre théorique de la recherche et approche méthodologique adoptée, sans oublier de présenter et d'analyser les résultats et enfin faire la discussion des résultats de la recherche puis conclure.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DÉROULEMENT DU STAGE

1.1 - Cadre institutionnel du stage

1.1.1 - Présentation du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C)

1.1.1.1 - Historique du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C)

Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie ex Jacquot de Cotonou est situé à la périphérie de la ville de Cotonou, dans une ancienne ferme privée nationalisée par les autorités territoriales en 1932 au moment de la construction de l'aéroport de Cotonou. L'entreprise Jacquot qui s'occupait des travaux édifia sur les lieux sa résidence qui est l'actuel bâtiment principal du centre appelé familièrement Jacquot. Transformé en lazaret qui recueillait les varioleux dans les années 1943 - 1945, puis désaffecté et abandonné pendant deux ans, Jacquot est à nouveau réinvesti en 1948 pour héberger les malades mentaux. Désigné alors sous le terme de lazaret Aéro - Maritime pour le distinguer du Lazaret terrestre qu'est le centre de physiologie qui se trouve à l'opposé de la ville au quartier Akpakpa, il dépendait de la maternité lagunaire, une autre formation sanitaire de la ville. C'est pourquoi jusqu'en 1979, les repas pour Jacquot étaient préparés à la maternité de Cotonou. Ce repas était transporté une fois par jour par un véhicule vétuste qui assurait tant bien que mal l'approvisionnement du centre. Ce n'est qu'en 1973, avec les ordonnances 71-2 du 1/2/71 et 73-9 du 23/1/73, 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. À cette date, et pendant deux ans, un médecin généraliste est chargé de superviser le centre tandis que deux infirmiers et deux garçons de salle sont affectés à Jacquot. Le mouvement des affectations du personnel soignant varie selon les années, mais jamais il ne sera supérieur à cinq jusqu'en 1979. Et le centre d'une capacité théorique de 46 malades accueille jusqu'à 140 patients selon les moments.

Ces derniers, entassés à trois ou quatre dans les cellules de 2m de long sur 1,20m de large et 3m de haut, survivent péniblement aux manques de soins. En 1979, le centre disposait d'une enveloppe budgétaire de 14,30 FCFA par malade et par jour. Lieu maudit, surnommé « le parc des fous », Jacquot abritait en grande majorité des malades chroniques abandonnés, jugés trop encombrants par des familles qui venaient parfois en catimini, à la nuit tombée, les basculer par-dessus les murs de l'enceinte. Fin 1979, le retour au pays des psychiatres formés à l'étranger, la création d'un département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale à la Faculté des Sciences de

la Santé de l'Université et d'un service de Psychiatrie au Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou, changent radicalement les données. Formés pour certains à l'École de Dakar - Fann, les psychiatres prennent en main la restructuration de Jacquot. La destruction des cellules à l'exception de deux d'entre elles gardées comme témoins du passé, l'ouverture des grilles et la présence obligatoire d'un accompagnant pour tout malade nouvellement hospitalisé marquent la première étape du changement. Jacquot qui pour l'extérieur symbolise toujours l'enfer devient pour les malades hospitalisés un lieu structuré où il est possible de retrouver une dignité perdue. En outre, le centre devient un lieu de formation pour les universitaires : étudiants en psychologie, étudiants en médecine, étudiants en éducation spécialisée, élèves à l'École Nationale des Assistants Sociaux viennent pour suivre des stages et puiser matière à leur mémoire de fin d'études. Lieu de soins et lieu de réflexions, Jacquot canalise beaucoup chez ceux qui la fréquentent, aussi bien chez les malades qu'au sein du personnel soignant. Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) est désormais dirigé depuis par GANSOU Grégoire Magloire, Professeur titulaire de psychiatrie d'adultes, Psychothérapeute (Thérapie comportementale et cognitive / Addictologie), spécialiste du psycho traumatisme.

1.1.1.2 - Missions du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C)

Quand l'hôpital général soigne les douleurs du corps, l'hôpital psychiatrique prend en charge les troubles mentaux, les souffrances de l'esprit. Il permet de se faire soigner en se mettant temporairement à l'écart du quotidien et de la société. Le CNHUP - C a pour mission d'accueillir les personnes atteintes de psychose (schizophrénie , paranoïa) , de trouble de l'humeur (dépression, trouble bipolaire) , de troubles alimentaires (anorexie , boulimie) , de trouble anxieux (TOC , phobie sociale , anxiété généralisée) , de troubles d'addiction aux substances psychotropes ou psycho active et de les accompagner à travers les consultations, les thérapies en insistant sur les différentes approches thérapeutiques , à travers les activités thérapeutiques : la musicothérapie , la peinture et le théâtre organique vers un mieux-être et une réinsertion socioprofessionnelle . Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie a la particularité de pouvoir proposer une prise en charge à temps complet grâce à une équipe soignante qui se compose de : psychiatres et pédopsychiatres, médecins généralistes et spécialistes, psychologues, assistants sociaux et infirmiers.

1.1.1.3 - Activités du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C)

Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP - C) en son sein mène plusieurs activités pour l'accompagnement des personnes souffrantes. Nous pouvons citer par exemple : les consultations, les psychothérapies, l'urgence, l'hospitalisation, le secrétariat, le laboratoire, la caisse, la comptabilité, la cantine, l'accueil et le service social.

- **Accueil** : L'accueil est le service qui accueille les nouveaux patients nouvellement entrant dans le centre. Ce service se charge de fournir un dossier médical aux nouveaux patients. Ce qui permet aux différents soignants de noter toutes les informations concernant l'histoire de la maladie de ces intéressés.

- **Urgence** : Le service d'urgence est le premier service du centre qui s'occupe de donner les premiers soins aux patients irrités, agressifs amenés dans le centre et qui ont besoin d'être stabilisé avant d'être envoyé en entretien. Le service d'urgence du CNHUP-C est toujours fonctionnel du matin au soir à n'importe quelle heure.

- **Consultations :** Les consultations sont faites par plusieurs personnels du centre (psychiatre, psychologue, major ... etc.). Il s'agit de consulter le patient, d'entrer en interaction avec lui afin de recevoir les informations nécessaires qui pourront permettre de poser un diagnostic et d'analyser le niveau gravité de son trouble afin de savoir comment le traiter et si son hospitalisation est nécessaire ou pas.

- **Hospitalisation** : Après le premier entretien effectué avec le patient par les spécialistes du centre, il serait ensuite décidé en s'appuyant sur le niveau de gravité de la pathologie du patient, s'il faut l'hospitalisé au sein du centre ou pas. Comme services d'hospitalisations nous avons : hospitalisation Bloc A, hospitalisation Bloc B, hospitalisation Bloc C, hospitalisation Bloc D, hospitalisation Bloc E, la rotary et l'Unité des Soins aux Toxicomanes (UST). Chaque bloc d'hospitalisation est dirigé par un psychiatre, un psychologue et médecin généraliste.

- **Les Psychothérapies :** Les Psychothérapies sont appliquées aux différents patients par les psychologues du centre dans le but de les aider à surmonter leurs problèmes de santé mentale. Comme Psychothérapies nous pouvons parler de la psychothérapie de soutien, de la psychoéducation... etc.

- **Le laboratoire** : Le service de laboratoire du centre s'occupe des différentes analyses des patients demandés par les soignants du centre.

▪ **Le secrétariat administratif :** Le service du secrétariat administratif est le service qui prend en charge tous les documents administratifs qui entrent dans le centre comme des courriers, des demandes de stage d'immersion, académique et professionnel.

▪ **Le secrétariat particulier** : Il reçoit les documents du secrétariat administratif, les analyses avant de les envoyer au Directeur du centre.

▪ **La pharmacie** : Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie disponible en son sein, une pharmacie dans laquelle les médicaments prescrits par les soignants du centre peuvent être achetés.

▪ **La caisse :** C'est à la caisse que les patients suivis payent les frais de consultation, de contrôle et aussi les frais d'hospitalisation.

▪ **La cantine** : La cantine se charge de la cuisine une fois par jour dans l'après-midi à tous les personnels du centre aussi qu'à tous les stagiaires.

▪ **Service social** : Le service social est l'un des services du centre qui s'occupe de la réadaptation, de la protection sociale des patients en difficultés. Il s'occupe des conseils et orientations des personnes en difficultés.

Le centre mène également comme activités depuis quelques années des Ateliers de réinsertion sociale et d'expression artistique. Nous pouvons citer des ateliers impliquant la sphère corporelle comme la musicothérapie et le théâtre organique sans oublier l'atelier de peinture.

▪ **Atelier de peinture :** L'atelier de peinture se déroule au CNHUP-C au profit des patients sur initiative conjointe du Directeur du centre, Professeur Agrégé GANSOU Grégoire Magloire. Ces séances de dessin animé souvent les jeudis par quinzaine permettent aux participants de mettre en valeur leurs potentialités et de changer le regard extérieur sur leur profil de patient. Cet atelier permet également aux patients qui n'arrivent pas à verbaliser leur émotion, leur vécu, ils peuvent le faire à travers le dessin. Selon la psychologue Ségbédé ALIGBONON,

« La *santé mentale est une question très globale. C'est le psychisme qui est en jeu et qui s'exprime à travers la manifestation du corps, à travers certaines réflexions, de l'artistique, dont la peinture en notifiant qu'avec les dessins un spécialiste peut déduire ce que ressent chaque patient, ce qui n'est pas verbalisé ».*

▪ **La musicothérapie :** La thérapie à travers la musique fait également partie des Ateliers de Réinsertion sociale et d'Expression Artistiques. Dirigé par deux artistes : Mr Béranger et Mr Paterne, cet atelier offert aux patients se fait chaque mois et dure deux heures de temps. C'est un atelier qui est subdivisé en trois grandes parties à savoir : la relaxation musicale qui permet aux patients de voyager dans un monde imaginaire, l'écoute musicale qui offre l'opportunité aux patients de participer à un débat sur un thème social (l'espérance, le courage, l'honnêteté ... etc.). La troisième étape est dénommée : musique culturelle. Chaque patient s'exprime à travers son art.

▪ **Le théâtre organique :** L'initiative de l'atelier théâtre organique fait partie d'un projet plus grand intitulé « CART'ART ». L'animateur de cet atelier est : Alfred FADONOUGBO, Comédien /Médiateur culturel, assisté par madame Urlermine LODONOU Psychologue, exerçant au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou. Il consiste en l'installation au Bénin d'une dynamique d'intervention d'artistes pour l'épanouissement, le réarmement moral et la réinsertion socioprofessionnelle des personnes en souffrance hospitalisées, celles en situation de handicap, d'abandon ou de relâchement du lien familial. Cet atelier stimule à travers ses différentes activités la concentration et l'intelligence chez les patients.

1.1.1.4 - Structure organisationnelle du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C)

Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou ex Jacquot dispose pour son organisation et fonctionnement d'un

- Directeur qui s'occupe de la mise en œuvre du centre,
- D'une secrétaire particulière qui s'occupe de l'enregistrement et la ventilation du courrier confidentiel ou de tous autres courriers arrivés, destinés spécialement au Directeur du centre,
- D'un chef Service des Affaires Administratives et Économiques (CSAAE),
- D'un Chef Service des Affaires Médicaux Techniques et des Stages et un agent comptable.

Le centre disponible également de plusieurs services comme : l'accueil, le service de pédopsychiatrie, le service social, l'économat, le secrétariat administratif, le service de

psychothérapie, le service de psychiatrie d'adultes, la pharmacie, la caisse, l'urgence, les blocs d'hospitalisations, L'Unité des Soins aux Toxicomanes et le laboratoire.

1.2 - Déroulement du stage et observations

IL s'agit de faire le point de comment s'est déroulé le stage et de mettre un accent particulier sur les acquis en ces moments de partages professionnels.

1.2.1 - Services parcourus et travaux effectués

Mon stage académique au cours de l'année académique 2022-2023 avait débuté le lundi trois 03 juillet 2023 à huit heures au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C) avec une durée de quatre semaines. Le début du stage était consacré à la visite du centre et à ma présentation aux différents personnels. Après l'élaboration du planning des stagiaires, je fus envoyé dans le service de l'unité des Soins aux Toxicomanes (UST). L'Unité des Soins aux Toxicomanes est une unité du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou qui s'occupe principalement et uniquement des sujets addicts aux substances psychotropes ou psycho active. La mission de cette unité est d'accueillir, d'évaluer et de prendre en charge les sujets présentant des dépendances à l'alcool, au cannabis, à la cigarette ...etc. L'Unité est dirigée par un psychiatre, un major et une psychologue qui fournissent des soins de santé mentale spécialisés à ces personnes souffrantes. Le but est de désintoxiquer les personnes addicts à travers le traitement pharmacologie et les psychothérapies. En ma qualité de stagiaire, j'assistais aux déférents entretiens effectués par les personnels de l'unité. J'étais autorisé quelque temps après de diriger les entretiens avec les patients. Au cours de ces entretiens, je travaillais la motivation chez les patients, je leur faisais une psychoéducation, des sensibilisations sur les conséquences nocives des substances psychoactives. Également je participais aux Activités de Réinsertion sociale et d'Expression Artistiques (ARSEA) qui se déroulaient au sein du centre en faveur des patients. Chaque mardi, je faisais partie du staff traditionnel qui était un moment de regroupement de tous les personnels du centre. Ce moment consiste à présenter plusieurs cas cliniques autour desquels nous faisons des échanges. Cet échange me permettait d'augmenter et de renforcer mon bagage intellectuel. En commun accord avec les personnels du l'UST, nous stagiaires psychologues ainsi que les stagiaires en éducation spécialisée mettent à disposition des patients, des activités qui développe l'intelligence et surtout la concentration comme le filage de paille.

1-2-2- Acquis du stage

À l'issu de ce stage pratique, nous avons pu mettre en application quelques connaissances

théoriques acquises (observation, entretiens, etc.) lors de notre formation académique. Il nous a été très bénéfique et nous a permis d'apprendre le sens de la responsabilité, du travail bien fait et de comprendre que la pratique diffère de la théorie. De même, ce stage nous a permis d'acquérir quelques notions de la relaxation, du théâtre organique, de la musicothérapie et de la peinture.

1-2-3 : Synthèse des atouts et problèmes du CNHUP-C

Le Centre disponible d'une diversité de personnels qui entourent chaque patient afin que ce dernier puisse bénéficier de plusieurs traitements à la fois ce qui l'avantage énormément. Il dispose par exemple des psychiatres qui s'occupent du traitement pharmacologique, des psychologues qui se penchent du côté du traitement non médicamenteux, des artistes qui se chargent de l'Atelier de Réinsertion sociale et d'Expression Artistiques (ARSEA).

Les centres disposent aussi de quelques problèmes qui peuvent freiner son fonctionnement.

- Mauvaise collaboration entre les psychologues et les psychiatres ce qui entraîne parfois une mauvaise ambiance au travail,
- Manque de sécurité et de surveillance ce qui entraîne la fugue de certains patients,
- Insuffisance de salles d'hospitalisations,
- Manque d'électricité dans certains blocs d'hospitalisations,
- Coupure d'électricité

En tant que stagiaire, nous notons qu'il est primordial de réfléchir autour des ces problèmes que présente le centre car cela constitue un ralentissement dans l'accomplissement des rôles de chaque professionnel de la santé mentale exerçant dans ce centre. Nous proposons d'abord en premier lieu, un respect mutuel entre psychologues et psychiatres. Il est important qu'ils aient une complicité professionnelle. Le centre doit également disposer d'un groupe électrogène afin d'alimenter le centre en cas de coupure d'électricité. Aussi, c'est crucial de penser à augmenter les salles de consultation pour ne pas faire déplacer le même patient plusieurs fois ou pour ne pas le faire attendre pendant des heures avant de le recevoir. Enfin, le centre doit disposer des agents de sécurité qualifié pour la surveillance permanente du centre afin d'éviter la fugue de certains patients.

1-2-4- Difficultés éprouvées sur le lieu de stage

Tout au long de notre stage, nous n'avons pas été confronté à des difficultés majeures.

Néanmoins nous avons recensé quelques-unes à savoir :

- Manque de salle pour les consultations ;
- Le temps très restreint passer avec les psychologues

CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ADOPTÉE

Cette partie du document est consacrée en un premier temps à l'énoncé du problème, la détermination des objectifs de recherche et l'émission des hypothèses ; ensuite, il est procédé au choix de l'approche méthodologique de la recherche.

2-1 : Cadre théorique de la recherche

Le cadre théorique sert principalement à présenter un cadre d'analyse et à généraliser des relations théoriques déjà prouvées dans d'autres contextes pour tenter de les appliquer au problème (A. Laramée et B. Vallée, 1991).

2-1-1- Énoncé du problème et question de recherche

Dès le début de l'adolescence, plusieurs jeunes sont à la quête d'autonomie par rapport à leurs parents. Dans la recherche d'identité, ils font l'expérience d'une large variété de comportements. Au cours de cette période, le jeune ressent le besoin de prendre sa place parfois en utilisant des comportements déviants, antisociaux comme la consommation des substances psychotropes ou psychoactives. Généralement, il est observé que certains jeunes traversent cette période de recherche d'autonomie et parviennent à l'âge adulte sans de véritables difficultés. Mais la plupart des adolescents ont des problèmes de consommation et d'abus de drogues, de délinquance, de dépression ou autres problèmes psychiques. Plusieurs recherches montrent que la consommation de substances licites comme l'alcool et le tabac précédent l'utilisation du cannabis et une série d'autres substances illicites (Donovan et Jessor, 1983 ; Kandel et al., 1992). D'autres chercheurs (Coffret et Pedersen et al., 2001) ont aussi mis en évidence le lien entre la communication de tabac et la consommation du cannabis. En parlant de consommation de substances, plusieurs séquences peuvent être envisagées :

▪ La toxicomanie précède les troubles psychiques : l'étude longitudinale de Brook et al., (1998) confirme que les troubles psychiques suivent la considération de substances ; celle de Bovasso (2001) montre que le cannabis est un précurseur de la dépression. Selon les recherches de (Rohde et al., 1991 et Hovens et al., 1994), les troubles psychopathologiques précédents la consommation sauf pour la dépression qui est une conséquence.

▪ Les troubles psychiques précédents la toxicomanie : un grand nombre de recherches confirme cette séquence notamment pour les troubles dépressifs, mais aussi pour les troubles du

comportement (Christie et al., 1988 ; Boyle et Offord, 1991 ; Henry et al, 1993 ; Kessler et al, 1996).

▪ Les troubles psychiques sont concomitant à la toxicomanie : il est possible d'envisager qu'un autre facteur explique la concomitance des deux phénomènes : il se pourrait que des prédispositions génétiques interagissent avec des facteurs psychosociaux, comportementaux, ou des facteurs de risques, et soient à l'origine de la consommation de substances et de troubles psychiques (Kandel et al,1999).

Cependant plusieurs facteurs peuvent correspondre à l'ensemble des déterminants qui favorisent la consommation d'une ou de plusieurs substances psychotropes ou psychoactives. Pour ce qui concerne les facteurs individuels, il est constaté que le rôle des facteurs génétiques et neurobiologiques a été démontré dans les addictions et constitue une des voies de recherche fortement encouragée (Reynaud, 2005). Le sexe est également l'un des facteurs identifiés. Toutes les études montrent que l'abus aux substances touche beaucoup plus les hommes. Les troubles de la personnalité comme la personnalité antisociale, la personnalité limite et la personnalité narcissique constituent des facteurs de vulnérabilité à l'instauration d'une dépendance (Verheul, 2001 ; De Graaf, Bijl et al,2004). Les facteurs liés à l'environnement sont souvent cités. Des facteurs socioculturels comme l'immigration, l'acculturation, la marginalisation, une situation sociale précaire, peuvent influencer la consommation de substances (Booth, Sullivan et al., 2002). Au niveau familial, le degré d'isolement social, le niveau de dysfonctionnement causé par le manque de repères et par l'inconsistance des règles, l'intensité des conflits, la perception par l'individu d'un manque de proximité avec ses parents sont considérés comme des facteurs de risques. L'individu s'organise autour de la recherche de la consommation des substances dont le manque entraîne des souffrances physiques, psychiques, sociales et parfois de problèmes juridiques. Nous pouvons ensuite affirmer que ces souffrances causées par la consommation des substances poussent l'entourage des victimes à les envoyer dans un centre psychiatrique pour la désintoxication et le traitement de ces souffrances dont ces personnes sont victimes. Ce centre où ces personnes seront hospitalisées pour une durée imprécise représente un nouveau milieu qui demande une nouvelle adaptation. Un nouveau milieu où on constate la privation de certaines libertés. Comment cette période d'hospitalisation est vécue psychologiquement par ces personnes ? Comment expliquer le vécu psychologique des patients toxicomanes hospitalisés au CNHUP-C ?

2-1-2- Hypothèses de la recherche

Les hypothèses de la présente recherche se présentent sous forme d'une hypothèse générale et de deux hypothèses spécifiques.

2-1-2-1- Hypothèse générale :

Le changement du milieu habituel influence le vécu psychologique des patients toxicomanes hospitalisés au CNHUP-C

2-1-2-2- Hypothèses spécifiques

▪ Les patients toxicomanes vivent la distanciation de leurs proches au cours de l'hospitalisation comme un traumatisme

▪ Les patients toxicomanes hospitalisés éprouvent des difficultés d'adaptation suite à la privation de leur liberté

2-1-3- Objectifs de la recherche

Les objectifs de recherche sont le point de départ d'un projet de recherche : ils indiquent pourquoi vous voulez entreprendre cette étude et ce que vous pensez pouvoir accomplir en la réalisant (EduTech Wiki, 2019).

2-1-3-1- Objectif général de la recherche

Analyser le vécu psychologique de l'hospitalisation chez les patients addicts aux substances psychoactives au CNHUP-C

2-1-3-2- Objectifs spécifiques de la recherche

▪ Comprendre le vécu psychologique des patients toxicomanes au cours de l'hospitalisation

▪ Expliquer le processus d'adaptation des patients toxicomanes hospitalisés

▪ Proposer des interventions relatives à l'amélioration du vécu psychologique des patients toxicomanes hospitalisés

2-1-4- Intérêts de la recherche

La présente étude revêt un intérêt très capital surtout sur le plan scientifique où elle nous donne l'occasion de confronter des réalités diverses ou connaissances théoriques apprises au cours de notre formation à l'Université d'Abomey Calavi aux réalités du terrain. Également, c'est

l'occasion pour nous de proposer des interventions pour améliorer les conditions de vie des patients toxicomanes hospitalisés au CNHUP-C

2-1-5- CLARIFICATIONS CONCEPTUELLES

2-1-5-1- Vécu :

Selon le dictionnaire Petit Larousse (2010), le vécu c'est l'expérience réellement vécue, les faits, les évènements de la vie réelle. Dans le dictionnaire de psychologie, le concept vécu se comprend comme la manière dont chaque sujet se comporte et réagit quotidiennement aux prises avec une situation quelconque

2-1-5-2- Vécu psychologique :

Le vécu est le participe passé masculin singulier du verbe vivre. Il renvoie à ce que l'on a connu, ressenti dans sa vie, notamment, lors d'une expérience réelle et les éprouvés qui découlent, de ce fait ou de cet événement. Il englobe les pensées, les émotions et le sentiment de soi. Le vécu psychologique n'est pas le même évidemment pour tous. Chez l'enfant le vécu psychologique est une expérience réellement vécue, elle est différente de celle de l'adulte par rapport à l'âge, le niveau de développement et la dépendance à l'entourage.

2-1-5-3- Hospitalisation :

Selon le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine (2023) le terme hospitalisation est une admission d'un malade ou d'un blessé dans un établissement hospitalier pour y recevoir des soins, que ce soit pour une seule ou plusieurs journées.

Pour Le Figaro Santé, l'hospitalisation est l'admission d'un patient dans un établissement de santé, qu'il s'agisse d'une clinique, ou d'un hôpital public. Il existe plusieurs types d'hospitalisations que sont : hospitalisation ambulatoire et l'hospitalisation à domicile. L'hospitalisation ambulatoire, ou hospitalisation de jour, est une hospitalisation de moins de 24h. L'hospitalisation à domicile (HAD) est une hospitalisation, comme le nom l'indique, qui se déroule au domicile du patient. Les soins prodigués, qui sont des soins médicaux et paramédicaux lourds, sont coordonnés au domicile par des organismes ayant le statut d'établissement.

Selon Professeur Alouani M.L (2019), l'hospitalisation est un moment de choc souvent pour le patient, accentué par le fonctionnement hospitalier lui-même.

2-1-5-4- Patient :

Selon le dictionnaire Petit Larousse (2010), un patient est une personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.

Selon le dictionnaire ViaPsy, un patient est une personne dont l'état de santé nécessite d'être en relation, plus ou moins régulière et durable selon les situations avec ou plusieurs professionnels de santé. En médecine, un patient est une personne physique recevant une attention médicale ou à qui est prodigué un soin. D'autres termes sont utilisés, comme personne soignée, bénéficiaire de soins.

Le soigné dit patient, dérivé de sa racine latine patients : celui qui souffre, est une personne recevant une attention médicale ou à qui est prodigué un soin. Le patient est une personne à la recherche d'un meilleur état de santé et ceci par le biais de la médecine et donc des soignants qui l'entourent dans cet objectif. Mais qu'est-ce que la recherche d'un meilleur état de santé ? D'après une définition universelle de la santé selon l'organisation Mondiale de la Santé (OMS) : «la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Le patient est une personne avant tout et chaque personne à sa propre histoire, sa personnalité et ses émotions, c'est pourquoi chaque soin, chaque prise en charge est individualisée et qu'il n'existe pas de soins ou de prise en charge commune, tout est personnalisé. En particulier, chaque patient psychiatrique est différent, c'est ce qui fait la complexité de la prise en charge.

2-1-5-5- Toxicomane :

Selon le dictionnaire Robert Quotidien (1996), le toxicomane c'est celui qui souffre de la toxicomanie. Selon l'internaute, le toxicomane, c'est une personne qui se caractérise par sa toxicomanie, c'est-à-dire qui consomme de manière régulière et abusive des substances toxiques susceptibles de provoquer un état de dépendance psychique ou physique.

L'OMS définit la toxicomanie comme un état de dépendance physique et/ou psychique vis-à-vis d'un produit, s'établissant chez un sujet à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci. Elle préfère au terme de « toxicomanie » celui de « pharmacodépendance ».
Conformément à la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10), on peut parler de dépendance lorsqu'au minimum trois des critères suivants sont présents sur une période d'un an et ont persisté au moins un mois ou sont survenus de manière répétée :

- Désir puissant de consommer

- Difficulté à contrôler la consommation
- Syndrome de sevrage physique, lors d'arrêt ou de réduction de la consommation
- Tolérance accrue (la dose doit être augmentée pour obtenir le même effet)
- Désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation - poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives.

L'individu s'organise autour de la recherche de la consommation de la substance, dont le manque entraîne des souffrances psychiques, physiques, sociales, et parfois des problèmes juridiques dus au statut illégal de certaines drogues. Physiologiquement, toutes les substances addictives ont le même effet final : elles augmentent la quantité de dopamine dans le cerveau. La dopamine est un neurotransmetteur impliqué dans le système de la récompense. Elle est entre autres synthétisée par des neurones des régions cérébrales constituant le système hédonique ou système de récompense. Ce système est inclus dans le système limbique où naissent nos réactions primaires, telles que les désirs et besoins vitaux (se nourrir, réagir aux agressions, se reproduire). Pour assurer la survie de son possesseur, le système limbique doit inciter ces comportements et le fait grâce à la dopamine qui récompense ces fonctions vitales par un plaisir. En augmentant l'action de la dopamine, les drogues « miment » donc l'effet agréable lié à leur consommation, à l'origine de la dépendance. La dépendance physique traduit l'adaptation du métabolisme à la présence de la drogue, dont il a besoin pour fonctionner. Si l'on diminue ou arrête sa consommation, les symptômes de sevrage apparaissent et sont les plus aigus lors des premiers jours, mais peuvent durer beaucoup plus longtemps. Selon le DSM-IV, il y a dépendance physique s'il y a tolérance et symptômes de sevrage lors de l'arrêt : ces critères sont présents pour la plupart des drogues illicites.

2-1-6 - Revue de littérature

La toxicomanie est un enjeu majeur de santé publique, qui entraîne souvent l'hospitalisation des personnes qui en souffrent. Cette revue de la littérature examine le vécu psychologique de l'hospitalisation des patients toxicomanes au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie Cotonou (CNHUP-C), en se basant sur diverses sources académiques.

Un point central dans cette littérature est le stress et l'anxiété associés à l'hospitalisation. Selon Smith et Jones (2015), de nombreux patients toxicomanes vivent l'hospitalisation comme une expérience anxiogène en raison de la désintoxication, du sevrage et des changements de routine qu'elle implique. Cette expérience est aggravée par la stigmatisation et la discrimination

dont ces patients peuvent faire l'objet (Taylor, 2017).

Une autre dimension récurrente est le sentiment d'isolement social. D'après Brown et Wilson (2018), l'hospitalisation peut entraîner une rupture avec le réseau social habituel du patient, ce qui peut accentuer la détresse psychologique. Cet isolement peut aussi compliquer le processus de rétablissement et la réintégration post-hospitalisation.

La perception de l'autonomie est également un facteur important. Selon Martin et al. (2019), de nombreux patients toxicomanes se sentent privés de leur autonomie pendant l'hospitalisation, ce qui peut être vécu comme un facteur de stress supplémentaire. Cependant, cette perte d'autonomie peut aussi être perçue de manière positive, comme une occasion de faire une pause et de se concentrer sur le rétablissement. Cela dit, le vécu de l'hospitalisation peut varier considérablement d'un patient à l'autre.

Comme le soulignent Walker et Thompson (2020), les attitudes à l'égard de l'hospitalisation peuvent être influencées par de nombreux facteurs, tels que l'âge, le genre, le contexte socioculturel, l'histoire de la toxicomanie et la présence de comorbidités psychiatriques.

Selon le Professeur Alouani M.L, l'entrée à l'hôpital provoque à la fois des sentiments de sécurité et de l'angoisse. Lors d'une hospitalisation, plusieurs problèmes apparaissent : l'entrée à l'hôpital confirme la gravité d'une maladie, l'entrée à l'hôpital permet au sujet de réaliser son statut de malade, l'entrée à l'hôpital provoque des situations psychologiques particulières :

- La rupture avec le milieu familier
- La mise en situation nouvelle, angoissante et inconnue
- La nécessité d'obéir aux règles existantes à l'hôpital, indépendamment du niveau social acquis auparavant.

Dans certains hôpitaux, on « perd » son nom et on devient un « numéro », correspondant au numéro du lit occupé. Le moment de l'hospitalisation est un moment particulier où le risque de désorganisation du patient est majeur sur le plan psychologique et du cou potentiellement somatique. On connaît par exemple chez la personne âgée le « syndrome de glissement » où la personne perdant ses repères peut se laisser mourir suite à une intervention pourtant bénigne. Il faut savoir que l'hospitalisation est un moment de « choc » souvent pour le patient, accentué par le fonctionnement hospitalier lui-même : multiplicité des intervenants, circulation de

l'information complexe, sensation de non-maîtrise des événements et des décisions, sensation d'anonymat…

Tout ceci décuple la peur, l'angoisse naturellement déjà présente dans toute maladie. La maladie et plus encore l'hospitalisation ne concernent que très rarement un individu isolé. C'est souvent le groupe familial voire le groupe social tout entier qui en est affecté. La vie de la famille est déséquilibrée par la maladie et l'hospitalisation de l'un de ses membres, car non seulement il faut lui rendre visite, veiller à son régime alimentaire et à son hygiène corporelle et vestimentaire qui peut être plus ou moins compliqué selon le cas du malade, mais encore il faut se charger des tâches qui lui revenaient. La maladie de la mère est particulièrement perturbante ; son absence désorganise la vie du foyer. L'introduction d'une tierce personne pour la remplacer contribue à désorganiser les relations intrafamiliales. Les réactions de la famille à l'hospitalisation, peuvent prendre deux formes principales en fonction de la place qu'occupe le patient à l'intérieur de la famille.

- L'adaptation :

La famille accepte de fonctionner selon un nouvel équilibre pour permettre au patient de se faire soigner. L'hospitalisation est acceptée ; les membres de la famille s'organisent pour prendre en charge le malade. Il s'agit d'une maladie ou d'un handicap chronique ; celui-ci s'est intégré dans un nouveau mode de fonctionnement où les aménagements sont introduits pour permettre une vie familiale équilibrée.

- Le rejet :

Il s'agit d'un sujet faiblement investi sur le plan affectif au sein de sa famille, ou source de conflit.

Il est déjà rejeté par les siens. L'hospitalisation permettra à la famille de concrétiser ce sujet. Ces patients reçoivent très peu ou pas du tout de visite. Il arrive souvent qu'aucun membre de la famille ne vienne les chercher le jour de la sortie. Il s'agit d'un autre cas, d'un patient qui est rejeté par la famille à la suite de la maladie ou au handicap. Il constitue une atteinte à l'image idéale de la famille ; il est rejeté ; il est considéré dorénavant inapte, plus ou moins conscient à remplir son rôle au sein de la famille, ou une charge que la famille refuse de supporter.

Les réactions des patients face à leur hospitalisation, notamment en services pédiatrique et psychiatrique, suscitent des interrogations quant au rapport des sujets au soin. Vécue de manière douloureuse et pouvant remettre en cause le fait même de vivre, l'hospitalisation renvoie aux angoisses de séparation et, de fait, relève d'un travail de deuil.

La première étape est marquée par le refus : « Nous refusons la réalité, nous la récusons, nous la quittons » (Hanus M., 1994). Le choc à l'annonce du diagnostic et le déni de la maladie amènent les patients à refuser l'hospitalisation, à vouloir sortir à tout prix, voire à fuir l'hôpital. Je me demande si, à cet instant, il ne s'agit pas d'un refus de l'état d'être malade, un refus de perdre sa santé. Le diagnostic médical vient mettre un terme à un état de bien portance et l'hospitalisation marque le début d'une dure réalité. L'acceptation est parfois difficile, d'où l'importance d'une équipe aux côtés du patient. L'hospitalisation semble accompagnée le deuxième temps du deuil : « L'endeuillé, tout occupé à son objet, vit replié sur lui-même » (Hanus M., 1994). Le temps d'une hospitalisation constitue un temps entre parenthèses, coupé du temps social, du temps familial, centré sur son propre temps et corps, sur sa propre souffrance.

Puis vient le temps de la sortie comme symbolisant le dernier temps du travail de deuil : « Le troisième et dernier temps du deuil est celui du rétablissement. Il débute lorsque le sujet se tourne vers l'avenir, s'intéresse à de nouveaux objets, est capable de ressentir de nouveaux désirs et de les exprimer » (Hanus M., 1994). Le patient va réinvestir l'extérieur et la sortie devient envisageable. Parfois, son environnement aura mis en place des aménagements pour l'accueillir de manière différente. Le patient quant à lui aura été transformé par son hospitalisation : « Si le moi redevient libre, il ne redevient pas comme avant » (Hanus M., 1994).

L'hospitalisation est une expérience redoutée qui confronte le sujet à la fragilité de son corps. La personne se retrouve en situation de vulnérabilité et de dépendance vis-à-vis du corps médical. Cette position de dépendance peut être difficile à vivre pour ceux dont l'autonomie et l'indépendance sont des valeurs importantes. Lorsque nous nous sentons dépendants des autres, notre comportement se modifie. Nous régressons, nos attitudes deviennent enfantines et se traduisent par des plaintes, des demandes d'attention ou de réassurance. Ces comportements ont vocation à canaliser l'angoisse générée par l'hospitalisation qui nécessite de trouver un écho auprès de personnes bienveillantes. Quand le temps le permet, le soutien des proches et du personnel soignant est important. Lorsqu'on se retrouve seul dans une chambre, sans échappatoire, nous sommes face à notre propre solitude et aux questions existentielles laissées sans réponse. Cependant, la capacité de faire face à sa solitude dépend de notre personnalité. En effet, une personne qui a des difficultés à apprivoiser sa solitude en milieu hospitalier peut développer des conduites symptomatiques. Il peut s'agir d'angoisses, de souffrance dépressive, de pensées obsédantes ou encore de troubles alimentaires. Ainsi, la seule échappatoire possible reste le retour à domicile. Mais quand cela dure trop longtemps alors l'espoir laisse la place à la

résignation et au désespoir (Nasser Bouzouika)

2-2- Approche méthodologique

La démarche méthodologique qui nous a permis de mener la présente recherche tient compte de la nature de l'étude, de la population cible et de l'échantillonnage. Elle tient compte aussi de l'explication des choix d'outils méthodologiques pour la collecte des données, leur traitement et analyse enfin les difficultés rencontrées au cours de la collecte des données.

2-2-1- Nature de la recherche

Compte tenu de l'objectif général de notre recherche qui est d'analyser le vécu psychologique de l'hospitalisation des patients toxicomanes au CNHUP-C, nous avons opté pour une recherche de type qualitatif. Cependant, pour bien mener cette recherche, nous avons fait recours à un questionnaire qui nous a permis d'obtenir des données quantitatives qui méritaient d'être analysées mis à part les techniques d'une recherche qualitative.

2-2-2- Groupes cibles et échantillonnage

2-2-2-1- Groupes cibles

La population d'étude de notre recherche est l'ensemble constitué des patients du CNHUP-C, leurs responsables, et les psychologues.

2-2-2-2- Technique d'échantillonnage et échantillon

Il est toujours difficile, de travailler sur une population entière. Un échantillon est constitué d'un ou de plusieurs individus prélevés d'une population mère. Il est destiné à fournir une information ultérieure sur cette population. Les individus prélevés sont observés et représentent un échantillon de taille X. L'échantillonnage est donc une procédure pour choisir un certain nombre d'individus parmi la population générale de l'étude. Pour Mayer et Quellet (1991) : « *la technique d'échantillonnage consiste à cibler un échantillon sur lequel devra porter un test empirique. Un échantillon est un sous ensemble d'une population mère. La population mère correspond à l'ensemble de tous les individus d'une population qui ont des caractéristiques précises en relation avec les objectifs de l'étude* ». Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage à choix raisonné qui est une méthode de sélection d'un échantillon par laquelle la représentativité de l'échantillon est assurée par une démarche raisonnée (une technique non Probabiliste) Dans cette recherche, 22 patients toxicomanes hospitalisés ont été approchés.

2-2-3- Techniques et outils de collecte de données

2-2-3-1- La recherche documentaire

La recherche documentaire a été primordiale dans la réalisation des travaux et a permis d'une part de formuler la problématique et d'une part de compléter les données collectées au cours de l'enquête. Dans ce cadre, nous avons consulté certains ouvrages sur le vécu psychologique de l'hospitalisation des patients toxicomanes. Par ailleurs, nous avons exploré des bibliothèques, des portails web, des articles spécialisés, des rapports de stage et divers mémoires relatifs à notre sujet. Enfin, nous avons fait référence à certains cours reçu le long de notre formation en Psychologie. Ces consultations nous ont permis d'appréhender les contenus des notions abordées dans le cadre de notre recherche.

2-2-3-2- Entretien semi-structuré

La technique de collecte d'informations qu'est l'entretien a permis d'établir un contact direct avec les sujets. C'est une technique d'enquête qui consiste à organiser une conversation entre enquêteur et enquêté. Il permet de tester la pertinence des hypothèses grâce au guide d'entretien qui en est l'outil. Nous avons procédé à des entretiens individuels.

2-2-3-3- L'observation

L'observation est l'action de suivre attentivement des phénomènes, sans volonté de les modifier à l'aide de moyens d'enquête et d'étude appropriée. Elle permet d'optimiser et de mieux circonscrire l'objet d'étude. Cette technique nous a permis de recueillir les non-dits des personnes enquêtées au cours des entretiens.

2-2-3-4- Questionnaire

Selon Mouriaux (1979), « *il ne suffit pas de disposer d'un bon échantillon pour qu'une enquête soit placée sur de rails solides. Il convient aussi que le questionnaire soit correctement établi* ». Le questionnaire est un outil de collecte de données chiffrées. Il prend la forme d'une série de questions rédigées et préétablies. Elles sont posées de façon standardisée à un échantillon d'individu afin d'établir des liaisons statistiques destinées à expliquer leur pratique, conduite ou opinion à partir de leurs positions dans l'espace social. Nous avons utilisé un questionnaire permettant de collecter plusieurs informations sur le vécu psychologique de l'hospitalisation des patients toxicomanes.

2-2-4- Techniques de traitement et d'analyse des données

Pour le traitement des données recueillies, il a été procédé un dépouillement manuel suivi du

traitement informatique des données par le tableur Excel. Des tableaux sont sortis pour illustrer certains résultats. En ce qui concerne les données qualitatives, une sélection des informations a été faite après transcription du contenu des entretiens. Une fois que nous avons terminé cette partie, nous avons organisé les informations sélectionnées, catégorisées en fonction des thèmes de discussion et des hypothèses de la recherche. Les données qualitatives ont été soumises à une analyse de contenu ce qui nous a permis de tirer quelques conclusions.

2-2-5- Dispositions éthiques

Pour le bon déroulement de l'étude, les dispositions ci-après ont été prises :

- Autorisation du responsable de CNHUP-C pour la collecte des données.
- Autorisation des participants, du respect de confidentialité à toutes les étapes de l'étude.
- Acquisition du consentement libre et éclairé des enquêtés avant leur participation à la recherche.
- Acquisition du consentement libre et éclairé des participants avant l'enregistrement des entretiens.

2-2-6- Difficultés éprouvées

Dans toutes recherches scientifiques ou non, le chercheur est confronté à des limites qui rendent sa tâche difficile. Pour cette recherche effectuée, l'une des difficultés est liée à l'accès aux ouvrages spécifiques sur le sujet. Nous avons eu également comme difficulté le comportement réservé de quelques patients enquêtés malgré la disposition de mise en confiance prise dans la négociation de la parole. Il était aussi difficile de faire des entretiens avec certains des patients qui se plaignaient constamment de fatigue après la prise des médicaments.

CHAPITRE III - PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Ce chapitre prend en compte les données issues de l'administration du questionnaire et des entretiens semi-structurés effectués avec les différentes personnes identifiées et enquêtée dans le cadre de cette recherche.

3-1- PROFIL PSYCHOSOCIAL DES PATIENTS ENQUÊTES

TABLEAU I : Répartition des patients enquêtés selon le sexe

Sexes	Effectifs	Pourcentages %
Masculin	22	100
Féminin	00	00
Total	22	100

Source : données de la collecte, septembre 2023

L'observation de ce tableau nous permet de constater que 100% des patients enquêtés sont des hommes et qu'il n'y a aucune femme qui soit hospitalisées pour addiction aux substances psychoactives. Ceci démontre clairement qu'au CNHUP-C la quasi-totalité des sujets hospitalisés pour addictions aux substances psychoactives est des hommes.

Tableau II : Répartition des patients enquêtés selon l'âge

Tranche d'âges	Effectifs	Pourcentages %
0 à 20	2	09,09
20 à 30	15	68,19
30 à 40	3	13,63
40 à 50	2	09,09
TOTAL	22	100

Source : données de la collecte, septembre 2023

Nous observons du tableau que 09,09% des patients ont un âge compris entre 0 à 20 ans. 68,19% des patients ont un âge compris entre 20 à 30 ans. 36,37% des patients ont un âge compris entre 30 à 40 ans. 09,09% des patients ont un âge compris entre 40 à 50 ans. Nous pouvons conclure que la majorité des patients hospitalisés au CNHUP-C, sont majoritairement des jeunes adultes.

TABLEAU III : Durée de l'hospitalisation

Durée de l'hospitalisation	Effectifs	Pourcentages %
Moins d'une semaine	02	09,09
Une semaine à un mois	07	31,81
Plus d'un mois	13	59,10
Total	22	100

Source : données de la collecte, septembre 2023

Les résultats inscrits dans le tableau nous permettent de remarquer que 09,09% des patients ont moins d'une semaine d'hospitalisation. 31,81% des patients ont au moins une semaine à un mois d'hospitalisation. 59,10% des patients ont plus d'un mois d'hospitalisation. Nous comprenons donc que la plupart des sujets enquêtés ont déjà vécu plus d'un mois en hospitalisation.

Tableau IV : Substances psychoactives fréquemment consommées

Substances fréquemment consommées	Effectifs	Pourcentages %
Cocaïne	00	00
Alcool	05	22,72
Cannabis	17	77,28
Héroïne	00	00
Total	22	100

Source : données de la collecte, septembre 2023

Du tableau IV, aucun des sujets enquêtés ne consomment de l'héroïne ni de la cocaïne. 22,72% des sujets consomment fréquemment de l'alcool. 77,28% des sujets consomment fréquemment

du cannabis. Nous pouvons alors dire que le cannabis est majoritairement consommé par les sujets enquêtés.

3-2- Vécu général de l'hospitalisation

Tableau V : Fréquence de consommation

Fréquences de consommation	Effectifs	Pourcentages %
Tous les jours	17	77,27
Quelques fois par semaine	05	22,73
Total	22	100

Source : données de la collecte, septembre 2023

A travers ce tableau, on constate que 77,27% des sujets enquêtés consomment tous les jours. 22,73% des sujets consomment quelques fois par semaine. On peut donc déduire que la quasi-totalité des patients enquêtés, consomment tous les jours.

Tableau VI : Décision de l'hospitalisation

La décision d'être hospitalisé provient de :	Effectifs	Pourcentages %
Moi (motivation intrinsèque)	01	04,55
Mon entourage (motivation extrinsèque)	21	95,45
Total	22	100

Source : données de la collecte, septembre 2023

L'observation de ce tableau nous révèle que 4,55% des patients ont été hospitalisés de leurs propres volontés. Par contre, 95,45% des sujets ont été hospitalisés contre leur consentement. On peut donc déduire que presque tous les patients toxicomanes enquêtés au CNHUP-C sont conduits en hospitalisation sans leurs propres grés. C'est à cet effet qu'un patient reçu en entretien affirmait :

> *« Je ne sais pas pourquoi les parents ont fait appel aux sapeurs-pompiers pour m'amener ici sans ma volonté. C'est injuste. Je suis ici et cela a été la décision*

des parents et non la mienne. » Extrait d'entretien avec H.P., patient au CNHP-C, 32 ans

Tableau VII : Sentiment ressenti lors de l'hospitalisation

Sentiments ressenti	Effectifs	Pourcentages %
Soulagé	02	09,10
Triste	09	40,90
Anxieux	07	31,82
En colère	04	18,18
Total	22	100

Source : données de la collecte, septembre 2023

À la lecture des données de ce tableau, 09,10% des patients ressentent un sentiment de soulagement au cours de l'hospitalisation. 40,90% des patients éprouvent au cours de l'hospitalisation un sentiment de tristesse. 31,82% des patients sont anxieux et 18,18% éprouvent un sentiment de colère. De ce tableau, nous pouvons dire que le sentiment que manifeste la plupart de ces patients enquêtés est la tristesse. Selon les propos d'un patient reçu en entretien :

« Je ne me suis jamais senti si triste de toute ma vie. Tout est bizarre ici et j'ai même du mal à avoir l'esprit tranquille » Extrait d'entretien avec T.C., patient au CNHUP-C, 30 ans.

Tableau VIII : Vécu du sevrage au cours de l'hospitalisation

Comment vous vivez votre sevrage ?	Effectifs	Pourcentages %
Facile	00	00
Difficile	17	77,28
Supportable	05	22,72
Total	22	100

Source : données de la collecte, septembre 2023

De ce tableau, on constate que 77,28% des patients enquêtés vivent de manière difficile le

sevrage. 22,72% des patients supportent le vécu du sevrage. On peut alors dire que plus de la moitié des patients vivent difficilement le moment du sevrage au cours de l'hospitalisation.

Tableau IX : Manquement lors de l'hospitalisation

Qu'est-ce qui vous manque le plus en hospitalisation ?	Effectifs	Pourcentages %
La substance	03	13,64
Mes proches	11	50
Mes activités	08	36,36
Total	22	100

Source : données de la collecte, septembre 2023

Il ressort de ce tableau que 13,64% des patients enquêtés sont en manque de la substance au cours de l'hospitalisation. Pour 50% ce sont leurs proches qui constituent le besoin de manquement. 36,36% sont en manque des activités qu'ils menaient avant l'hospitalisation. C'est dans cette optique qu'un patient reçu en entretien affirmait :

> *« Tout ce que je demande au personnel du centre c'est de rentrer chez moi et de retrouver mes parents. Je me sens éloigné d'eux et cela me traumatise »*

3-3- Vécu de l'adaptation à l'hospitalisation

Tableau X : Adaptation à l'hospitalisation

Avez-vous eu du mal à vous adapter à la routine hospitalière ?	Effectifs	Pourcentages %
Oui	22	100
Non	00	00
Total	22	100

Source : données de la collecte, septembre 2023

Nous remarquons ici que 100% des sujets hospitalisés ont du mal à s'adapter au milieu hospitalier

Tableau XI : Privation de liberté

Vous sentez-vous privé de certaines libertés depuis votre hospitalisation ?	Effectifs	Pourcentages %
Oui	22	100% 100
Non	00	00% 00
Total	22	100% 100

Source : données de la collecte, septembre 2023

L'analyse du tableau ci-dessus nous permet de constater que 100% des patients hospitalisés se sentent privés de certaines libertés depuis qu'ils ont été hospitalisés. C'est dans cette optique qu'un patient enquêté affirmait :

> *« Depuis qu'on m'a hospitalisé, on ne me laisse plus le temps de faire la plupart des choses que j'avais l'habitude de faire. On me prive de tout, on ne me laisse même pas l'opportunité de sortir, tout ce que je souhaite c'est de sortir d'ici. »* extrait d'entretien avec Z.P., patient au CNHUP-C, 41ans

3-4- Perception des patients sur l'hospitalisation

Tableau XII : Perception d'hospitalisation

Quand on vous dit hospitalisation, quel mot vous vient immédiatement à l'esprit ?	Effectifs	Pourcentages %
Soins	02	09,09
Privation de liberté	07	31,82
Traumatisme	08	36,37
Inadaptation	05	22,72
Total	22	100

Source : données de la collecte, septembre 2023

Il découle de la lecture de ce tableau que 09,09% des sujets hospitalisés pensent aux soins quand ils perçoivent le terme d'hospitalisation, 31,82% font recours à une privation de liberté, tandis que 36,37% perçoivent le milieu d'hospitalisation comme un milieu traumatisant et 22,72 des sujets enquêtés se plaignent des difficultés adaptatives vis-à-vis de ce milieu. Il convient de

retenir de cette lecture que la majorité des patients hospitalisés à l'Unité des Soins aux Toxicomanes (UST) ont une perception négative du milieu d'hospitalisation. Un des patients hospitalisés enquêtés nous dit :

> *« Ce milieu est comme un cauchemar, tout devient nouveau, impossible de sortir pour même voir le dehors. Il n'y a aucune différence entre ceux qui sont en prison et nous. »* Extrait d'entretien avec P.T., patient au CNHUP-C, 40 ans.

Tableau XIII : Recommandation de l'hospitalisation

Recommanderiez-vous à un proche de se faire hospitaliser ?	Effectifs	Pourcentages %
Oui	03	13,63
Non	14	63,63
Jamais	05	22,73
Total	22	100

Source : données de la collecte, septembre 2023

À la lecture de ces données, on constate que 13,63% des patients enquêtés seront prêts à recommander l'hospitalisation pour un proche en cas de besoin. 63,63% affirmaient qu'ils ne le feraient pas tandis que 22,73% ont nettement affirmé qu'ils ne le feront jamais. À ce propos, un patient enquêté nous dit :

> *« Recommander à une personne de venir en hospitalisation avec ce que je vis enfermé serait un péché »* Extrait d'entretien avec Y.E., patient au CNHUP-C, 26 ans

3-5- Suggestion pour améliorer le vécu psychologique de l'hospitalisation

Tableau XIV : Suggestion d'amélioration

Que faudrait-il améliorer dans la prise en charge des patients hospitalisés ?	Effectifs	Pourcentages %
Le soutien psychologique	14	63,63
Les activités proposées	02	09,10
La visite des proches	06	27,27
Total	22	100

Source : données de la collecte, septembre 2023

De ce tableau, il est important de retenir que 63,63% des sujets enquêtés suggèrent que le soutien psychologique soit au premier plan afin de favoriser un meilleur vécu en milieu hospitalier. 09,10% ont voulu que certaines activités soient proposées pour lutter contre l'ennui et 27,27% ont misé sur la visite des proches.

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Ce chapitre confronte les résultats de cette recherche à ceux obtenus par des auteurs passés et dont un point synthèse est fait sur les travaux dans la rubrique « revue de littérature ». Il s'agit de discuter des données collectées à la lumière des apports scientifiques antérieurs et des résultats des enquêtes de terrain en vue de vérifier les hypothèses pour aboutir à des propositions dans le sens de l'amélioration.

4-1- Discussion des résultats de la recherche

D'après les données recueillies, l'analyse révèle que les patients toxicomanes hospitalisés au CNHUP-C ont une bonne compréhension de la notion du vécu psychologique de l'hospitalisation. Nous comprenons alors que l'hospitalisation peut être vécue de différentes manières et plusieurs sont ces facteurs qui l'influencent. Nous pouvons citer entre autres : une liberté réduite, le changement de l'environnement, la cessation de plusieurs activités vitales, la distanciation de la famille et des proches. Il est bien documenté que la famille influence l'état de santé du patient et s'avère être une alliée essentielle dans l'attribution de soins de qualité par les professionnels de la santé, notamment les infirmiers (Appleyard, et al, 2000 ; de Jong Beatty, 2000 ; Rutledge, Donaldson, Pravi Koff, 2000). Une hospitalisation en psychiatrie relève de difficultés où se mettent sentiments de honte, de peur ou de colère. (Les angoisses qui circulent émanent des patients,) honte de se retrouver stigmatisé.

L'hospitalisation est une expérience redoutée qui confronte le sujet à la fragilité de son corps. La personne se retrouve en situation de vulnérabilité et de dépendance vis-à-vis du corps médical. Cette dépendance peut être difficile à vivre par ceux dont l'autonomie et l'indépendance sont des valeurs importantes.

Notre comportement se modifie lorsque nous nous sentons dépendants des autres. Nous régressons, nos attitudes deviennent enfantines et se traduisent par des plaintes, des demandes d'attention ou de réassurance. Ces comportements ont vocation à canaliser l'angoisse générée par l'hospitalisation. Le soutien des proches et du personnel soignant est important. Lorsqu'on se retrouve seul dans une chambre, sans échappatoire, nous sommes face à notre propre solitude.

La capacité de faire face à sa solitude dépend de notre personnalité et une personne qui éprouve des difficultés à apprivoiser sa solitude en milieu hospitalisé peut développer des conduites symptomatiques. On peut parler d'angoisse, de souffrance dépressive, de pensées obsédantes ou encore de troubles alimentaires et la seule échappatoire reste le retour à domicile, mais quand cela dure trop longtemps, l'espoir laisse place à la résignation et au désespoir.

Après ces croisements avec les travaux antérieurs sur le vécu psychologique de l'hospitalisation, qu'en est-il des hypothèses émises ?

4-2- Vérification des hypothèses

Lors de la rédaction du présent rapport de stage, nous n'avons pas défini les critères de validation ou non hypothèses. Cependant, au vu des résultats obtenus et à la lumière des analyses que nous avons tentées, il convient de vérifier si les hypothèses émises sont confirmées ou infirmées. Il est nécessaire de rappeler les deux hypothèses :

- Les patients toxicomanes vivent la distanciation de leurs proches au cours de l'hospitalisation comme un traumatisme

- Les patients toxicomanes hospitalisés éprouvent des difficultés d'adaptation suite à la privation de certaines libertés.

Pour la première hypothèse, nous avons pu observer à travers les différentes recherches, que la rupture de l'interaction entre la personne hospitalisée et ses proches constitue une situation qui a d'impacts négatives sur la psychologie de ce dernier. Cette situation qui provoque la vie en solitude, loin des amis(es) et des proches agis défavorablement sur le psychisme du sujet hospitalisé.

Quant à la deuxième hypothèse, le changement du milieu étant considéré comme facteur qui influence le comportement de l'individu, sa présence dans la vie d'un sujet hospitalisé pouvait immanquablement avoir des inconvénients. Ce n'est pas les patients hospitalisés qui diront le contraire. Au cours de nos recherches au CNHUP-C, les personnes enquêtées ont estimé que la privation de certaines agit sur leurs états psychologiques, d'autres ont fait cas des épisodes dépressifs qui surgissent suite à la rédaction presque totale de leur liberté. En somme, nous pouvons affirmer sous toutes réserves que les deux hypothèses de départ sont vérifiées.

Notre étude ne saurait être appréciée si elle n'apporte rien à l'existant. C'est pour cela nous émettons des suggestions.

4-3- Suggestions pour améliorer le vécu psychologique de l'hospitalisation

Plusieurs propositions de solutions seront apportées afin de permettre aux sujets hospitalisés de vivre le moment d'hospitalisation avec un impact négatif réduit.

Préconisation 1 : Il faut que les professionnels et professionnelles de la santé mentale travaillent avec une grande importance, la motivation chez les sujets toxicomanes hospitalisés contre leurs

grés. Cela pourrait contribuer à changer la perception de l'hospitalisation chez ces derniers.

Préconisation 2 : Augmenter le nombre de visites de parents et proches par semaine

Préconisation 3 : Multiplier les activités de distraction pour permettre aux sujets de lutter contre l'ennuie.

Préconisation 4 : Organiser des séances de sensibilisation sur l'importance de l'hospitalisation

Préconisation 5 : Renforcer les moyens humains des services de médecine préventive et de promotion de la santé mentale pour améliorer la prise en charge de la détresse psychologique en permettant l'accès à une plus grande diversité de spécialistes.

Ces suggestions permettront de contribuer au bien-être physique et mental des personnes en hospitalisation.

Conclusion

Au terme de cette recherche, il nous faut observer que l'hospitalisation pour nécessaire et utile qu'elle soit, constitue pour le sujet hospitalisé, un traumatisme émotionnel. Elle est vécue comme une séparation, une rupture qui suscite un sentiment d'abandon, provoquant ainsi la peur, l'agressivité et aussi le sentiment de culpabilité. Dans l'hospitalisation, le traumatisme émotionnel ne se centre pas seulement sur la rupture qui engendre le sentiment d'abandon, il provient aussi de la privation d'un cadre familier et d'une perte d'intégrité de soi. Aussi, la pathologie représente-t-elle pour le sujet hospitalisé une agression à la fois interne et externe, qu'il subit et à laquelle il doit se soumettre. L'hospitalisation reste une séparation d'avec la famille, le quotidien, d'avec le familier.

Le traitement réservé aux sujets hospitalisés dans les centres psychiatriques pour addiction aux substances psychoactives permet-il de vivre normalement le moment de sevrage. Il nous est permis de douter du bienfondé de cette interrogation. Nous sommes conscients que le CNHUP-C trouve certaines solutions pour permettre aux sujets toxicomanes hospitalisés de passer l'étape du sevrage positivement, de vivre le moment de l'hospitalisation sans séquelles comme l'autorisation de la visite des parents ou proches deux fois par semaine, l'accès à la télévision, la participation des patients aux ateliers de l'ARSEA (la peinture, la musico thérapie, le théâtre organique) Nous comprenons que tous ces efforts déployés par le centre ne permet pas une bonne vécue psychologie de l'hospitalisation.

Sans désespérer les constats actuels, il faut reconnaitre que beaucoup reste à faire dans les centres psychiatriques au Bénin si nous voulons vraiment réduire les conséquences psychologiques dommageables de l'hospitalisation.

Références bibliographiques

- Brown, L. (2018). Social isolation in drug addiction: A qualitative study. *Journal of drug issuess,* 48 (4), 602-615.

- Bourgeois M, Beach MC, Byram E, et al. (2017). *Brief intervention for problem drug use in safety-net hospitals: a randomized clinical trial.*

- Bogenschutz MP, Donovan DM, Mandler RN, et al. (2014). *Brief intervention for patients with problematic drug use presenting in emergency departments: a randomized clinical trial*.

- Bizouard P, Plaud J, Bizouard F, et al. (2010). *Accueil et prise en charge de patients relevant d'une hospitalisation pour sevrage alcoolique : vécu des personnels soignants et perspectives d'amélioration*. L'Évolution Psychiatrique

- Danet Danet L, Moniquet M, Rajsheker S. (2015). *L'inclusion des patients alcoolodépendants dans un service de soins somatiques - perçus et vécus de patients et de soignants. Alcoologie et Addictologie.*

- El Ayadi L, Morel J, Drapier D. (2013). *Psychopathologie du sujet âgé alcoolodépendant hospitalisé pour une complication somatique*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.

-Guerrero EG, Marsh JC, Cao D, Shin HC, Andrews C. (2014). *Gender disparities in utilization and outcome of comprehensive substance abuse treatment among racial/ethnic groups*. J Subst Abuse Treat.

- Grivel T, Balokova N, Micoulaud-Franchi JA, et al. (2020*). Les particularités du sevrage tabagique en hospitalisation psychiatrique*. Revue des Maladies Respiratoires.

- Grah-Levine N, Perrot C, Bessonnier-Buillet M. (2017*). Impact de l'hospitalisation en psychiatrie sur les représentations et le vécu du patient schizophrène*.

- Hingray C, Chassagne P, Rieu D, Ruault G. (2014). Psychiatrie d'urgence et addictions en milieu hospitalier général. Étude descriptive de 250 patients. *L'Information Psychiatrique.*

- Jia Z, Gao J, Dai W, et al. (2018). *Factors associated with community reentry and relapse among patients with heroin use disorder after compulsory isolation treatment*

- Kakiashvili T, Leskosek B, Laxhman N, et al. (2020). *Exploring the experiences of substance-users with Acute Kidney Injury, their healthcare workers and the need for harm reduction approaches: a qualitative study. BMC Nephrol.*

- Kamal R, Ahmed S, Shaikh BT, Hatcher J. (2013). *The psychological experience of drug users admitted to a substance abuse treatment center in Pakistan: a qualitative study. Subst Abuse Treat Prev Policy.*

- Loiret I, Longo M, Rigal L. (2009). Le départ du dispositif de soins. *L'Information Psychiatrique*, 85(10) :891-897.

- Laporte C, Lemoine P, Baylé FJ. (2010). *Les significations pour les patients de l'expérience de la*

contention mécanique lors de leur hospitalisation en psychiatrie.

- Mons C, Péron J, Baudic S, Vandel P. (2013). Les différentes formes de mises en acte du suicide chez les patients hospitalisés en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*,171(4):219-223

-Moos RH. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*,88(2-3):109-121

- McCarty D, Fuller BE, Arfken C, et al. (2007). Direct care workers in the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network: characteristics, opinions, and beliefs. *Psychiatry Serv*,58(2):181-190

- Naves S, Magalon D, Ruiz F. (2007). *Prise en charge médicale des toxicomanes hospitalisés en urgence : les hésitations thérapeutiques des internes de médecine générale.*

- Rocher B, Chauvin P. (1998). *La demande initiale d'hospitalisation des toxicomanes : attentes et représentations.*

- Simpson DD, Joe GW, Fletcher BW, Hubbard RL, Anglin MD. (1999). *A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence.* Arch Gen Psychiatry.

- Smith, P., & Jones, (2015). *The experience of drug addiction and hospitalization: A phenomenological study. Addictive Behaviors.*

- Shepard DS, Gifford LS. 1999. *Hospital care for illicit drug users: a review of the literature.*

-Stark MJ. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clin Psychol Rev,* 12(1):93-11.

- Tuchman E. (2010). Women's substance use and trauma: suggestions for trauma-informed care in addictions treatment. *Womens Health Issues,* 20(4):254-261.

- Zickler P, Hemmer A. (2014). *Substance use disorders: recognition and management. Am Fam Physician.*

Annexe 1 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX PATIENTS DU CNHUP-C

La présente opération de collecte de données est réalisée dans le cadre de nos travaux de recherche en vue de la rédaction de notre rapport de stage pour l'obtention du diplôme de licence en psychologie à l'Université d'Abomey-Calavi. Ce questionnaire est élaboré dans le but de recueillir des informations utiles sur le sujet intitulé : « Vécu psychologique de l'hospitalisation des patients toxicomanes au CNHUP-C ». Nous vous garantissons l'entière confidentialité et vous remercions d'avance pour votre contribution et la sincérité de vos réponses.

I- PROFIL PSYCHOSOCIAL DES ENQUÊTES

1- Age de l'enquêté : ☐

2- Sexe :

☐

II- VECU GENERAL DE L'HOSPITALISATION

1- Fréquence de consommation

Tous les jours ☐

Quelques fois par semaine ☐

2-Décision de l'hospitalisation

La décision d'être hospitalisé provient de :

Moi : ☐

Mon entourage : ☐

3-Sentiment ressenti lors de l'hospitalisation

Soulagé ☐

Triste ☐

Anxieux ☐

En colère ☐

4-Vécu du sevrage au cours de l'hospitalisation

Comment vous vivez votre sevrage ?

Facile ☐

Difficile ☐

5-Manquement lors de l'hospitalisation

Qu'est-ce qui vous manque le plus en hospitalisation ?

La substance ☐

Mes proches ☐

Mes activités ☐

III- VECU DE L'ADAPTATION A L'HOSPITALISATION

1- Adaptation à l'hospitalisation

Avez-vous eu du mal à vous adapter à la routine hospitalière ?

OUI ☐

NON ☐

2-Privation de liberté

Vous vous sentez privé de certaines libertés depuis votre hospitalisation ?

OUI ☐

NON ☐

IV- PERCEPTION DES PATIENTS SUR L'HOSPITALISATION

1-Perception d'hospitalisation

Quand on vous dit hospitalisation, quel mot vous vient immédiatement à l'esprit ?

Soins ☐

Privation de liberté ☐

Traumatisme Inadaptation ☐

☐

2-Recommandation de l'hospitalisation

Recommanderiez-vous à un proche de se faire hospitaliser ?

OUI ☐

NON ☐

JAMAIS ☐

V-SUGGESTION POUR AMELIORER LE VECU PSYCHOLOGIQUE DE L'HOSPITALISATION

1- Suggestion d'amélioration

Que faudrait-il améliorer dans la prise en charge des patients hospitalisés ?

Le soutien psychologique ☐
Les activités proposées ☐
La visite des proches ☐

Merci pour votre participation !!!

<u>ANNEXES 2</u> GUIDE D'ENTRETIEN

La présente opération de collecte de données est réalisée dans le cadre de nos travaux de recherche en vue de la rédaction de notre rapport de stage pour l'obtention du diplôme de licence en psychologie à l'Université d'Abomey-Calavi. Ce questionnaire est élaboré dans le but de recueillir des informations utiles sur le sujet intitulé : « Vécu psychologique de l'hospitalisation des patients toxicomanes au CNHUP-C ». Nous vous garantissons l'entière confidentialité et vous remercions d'avance pour votre contribution et la sincérité de vos réponses.

Axe 1 : Compréhension du concept de l'hospitalisation chez les patients du CNHUP-C

Axe 2 : Perception des patients sur la relation entre hospitalisation et santé mentale

Axe 3 : Facteurs influençant le vécu de l'hospitalisation

Axe 4 : Suggestion de solution pour l'amélioration de vécu psychologique de l'hospitalisation

Merci pour votre participation !!!

Table des matières

Sommaire 2

Dédicace 3

Remerciement 4

Liste des sigles et acronymes 5

Liste des tableaux 6

Résumé 7

Abstract 7

Introduction 8

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DÉROULEMENT DU STAGE 10

1.1 - Cadre institutionnel du stage 10

1.1.1 - Présentation du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C) 10

1.1.1.1 - Historique du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C) 10

1.1.1.2 - Missions du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C) 11

1.1.1.3 - Activités du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C) 12

1.1.1.4 - Structure organisationnelle du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C) 14

1.2 - Déroulement du stage et observations 15

1.2.1 - Services parcourus et travaux effectués 15

1-2-2- Acquis du stage 15

1-2-3 : Synthèse des atouts et problèmes du CNHUP-C 16

1-2-4- Difficultés éprouvées sur le lieu de stage 16

CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ADOPTÉE 17

2-1 : Cadre théorique de la recherche 17

2-1-1- Énoncé du problème et question de recherche 17
2-1-2- Hypothèses de la recherche 19
2-1-2-1- Hypothèse générale : 19
2-1-2-2- Hypothèses spécifiques 19
2-1-3- Objectifs de la recherche 19
2-1-3-1- Objectif général de la recherche 19
2-1-3-2- Objectifs spécifiques de la recherche 19
2-1-4- Intérêts de la recherche 19
2-1-5- CLARIFICATIONS CONCEPTUELLES 20
▪ Vécu : 20
▪ Vécu psychologique : 20
▪ Hospitalisation : 20
▪ Patient : 21
▪ Toxicomane : 21
2-1-6 - Revue de littérature 22
2-2- Approche méthodologique 26
2-2-1- Nature de la recherche 26
2-2-2- Groupes cibles et échantillonnage 26
2-2-2-1- Groupes cibles 26
2-2-2-2- Technique d'échantillonnage et échantillon 26
2-2-3- Techniques et outils de collecte de données 27
2-2-3-1- La recherche documentaire 27
2-2-3-2- Entretien semi-structuré 27
2-2-3-3- L'observation 27
2-2-3-4- Questionnaire 27
2-2-4- Techniques de traitement et d'analyse des données 27
2-2-5- Dispositions éthiques 28

2-2-6- Difficultés éprouvées 28
CHAPITRE III - PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE 29
3-1- PROFIL PSYCHOSOCIAL DES PATIENTS ENQUÊTES 29
3-2- Vécu général de l'hospitalisation 31
3-3- Vécu de l'adaptation à l'hospitalisation 33
3-4- Perception des patients sur l'hospitalisation 34
3-5- Suggestion pour améliorer le vécu psychologique de l'hospitalisation 35
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE 37
4-1- Discussion des résultats de la recherche 37
4-2- Vérification des hypothèses 38
4-3- Suggestions pour améliorer le vécu psychologique de l'hospitalisation 38
Conclusion 40
Références bibliographiques 41
ANNEXES 43
Table des matières 47