UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

(UAC)

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

SUJET

LES FACTEURS DE RISQUES DE RECIDIVE CHEZ LES PATIENTS TOXICOMANES DU CENTRE CARRITATIVE ST CAMILLE DE TOKAN

Réalisée par :

DOSSOUMON Raïssa Kingnide

Maître de stage :

Mr Salomon DEGILA

Psychologue au centre Carritative Saint Camille de Tokan

Sous la direction de :

Dr Michel MEHINTO

Psychologue Clinicien Praticien

Enseignant Chercheur à l'UAC

ɹent

Dr. Michel MEHINITO

Rapporteur	Examinateur	Membre
Dr. Michel MEHINITO	Dr. Aristide AKOVOWANOU	Dr. Mohamed BISSIROU

Note : 16/20

Mois de Soutenance : Février 2024

Année académique : 2023-2024

SOMMAIRE

In memorium ……..… 3

DEDICACE……3

REMERCIEMENTS……...4

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES……...5

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES…….…..6

RESUME……7

ABSTRACT……7

INTRODUCTION……..……8

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE ……...10

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE ADOPTEE……..17

CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE DES RESULTATS ……...31

CHAPITRE 4 : DISCUSSIONS DES RESULTATS OBTENUS……42

CONCLUSION…….47

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE……..49

ANNEXES……50

TABLE DES MATIERES……55

DEDICACE

A

- mon très chèr père DOSSOUMON Boni Dominique,
- ma mère IBIKOUNLE Aurélie.

REMERCIEMENTS

Le présent travail ne serait possible sans les efforts conjugués de plusieurs personnes.

Nous témoignons notre profonde gratitude au Dr MMichel MEHINTO, Maître-Assistant des universités de CAMES, notre maitre mémoire pour sa disponibilité tout au long de ce travail.

Nos sentiments de gratitude adressés à l'ensemble des corps enseignant et administratif de la FASHS particulièrement ceux de la psychologie à l'Université d'Abomey-Calavi.

Nous disons également merci à Mr Salomon DEGILA pour ses conseils.

Nous remercions par ailleurs nos famillles pour leur encouragement.

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES

APA : American Psychiatric Association (Association Américaine de Psychiatrie)

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNHUP : Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou

DP : Département de Psychologie

DSM : Diagnostic and statistic Manual of Mental Disorders(Manuel Dignostique et statistique des Troubles Mentaux)

FASHS : Faculté des Sciences Humaines et Sociales

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUDUC : Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime

UAC : Université d'Abomey-Calavi

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I : Synthèse de la documentation.....27

Tableau II : facteurs psychosociaux de risques de récidives des patients.....34

Tableau III : Les pensées survenues et les situations qui auraient poussé les patients à la récidive chez les patients…..…….....36

Tableau IV : Les émotions ressenties face à ces situations.....37

Figure 1 : Tranche d'âges des patients en situation de récidive……...…31

Figure 2 : Situation matrimoniale des patients en situation de récidives…..…..……..32

Figure 3 : Niveau d'instruction des patients enquêtés…….…..……33

Figure 4 : Sexe de la population étudiée…….…..34

Figure 6 : Principaux troubles anxieux…….38

Figure 7 : Troubles de la personnalité……...39

Figure 8 : Troubles affectifs, troubles de stress post-traumatique et troubles de l'humeur ……...40

RESUME

Ce mémoire s'engage dans une étude approfondie des facteurs de risque liés aux récidives chez les patients toxicomanes de l'association Saint Camille de Tokan. L'objectif de ce travail est de comprendre et de prévenir tout facteurs constituants des risques de récidives. En utilisant une approche clinique, l'étude examine les antécédents médicaux ; les facteurs environnementaux et les aspects psychosociaux qui contribuent à la probabilité de récidive chez les patients toxicomanes de cette association. 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. Les résultats mettent en évidence des pistes cruciales pour le développement de stratégies de prévention personnalisées visant à améliorer la stabilité mentale des patients et à réduire les taux de récidives. En fin de compte, ce travail aspire à contribuer à l'amélioration des pratiques de santé mentale en mettant l'accent sur la prévention et le bien-être des patients de l'association Saint Camille de Tokan.

Mots-clés : facteurs ; risques ; récidives ; toxicomanes

ABSTRACT

This memory examines the relapse risk factors among substance abusers, analyzing elements such as social environments, psychological factors, and family backgrounds. In-depth research is conducted to ubderestand how these variables interact, providing crucial insights for the development of effective prevention and intervention strategies in the field of substance abuse. In the end, this work aspires to contribute to the enhancement of mental health practices.This involves thez development of straztegies and interventions to prevent mental disordersq and enhance the ovrerall quality of life and well-being of individuals under the care of the psychiatric center Saint Camille de Tokan.

Key-word : risk factor; recidivism; drugs addict

INTRODUCTION

La maladie mentale est un phénomène qui touche plusieurs personnes à un moment ou à un autre de leur vie. Elle implique plusieurs comportements qui ne favorisent pas le bien- être. Au nombre de ces comportements, on note l'addiction. Il y a plusieurs types d'addiction. On note les addictions alimentaires ; les addictions face aux substances psychoactives ; les addictions face aux jeux Loto ; les addictions face aux réseaux sociaux, etc. Les personnes ayant un comportement addictif face aux substances psychoactives sont appelées toxicomanes. Les toxicomanies en effet regroupent un ensemble de comportements addictifs que l'on retrouve dans toutes les sociétés, toutes les cultures et toutes les catégories sociales. Leurs conséquences sont dramatiques et atteignent non seulement l'individu toxicomane sur le plan somatique, psychique et socioprofessionnel, amis également elles affectent l'entourage familial et la société. Le toxicomane suscite avant tout chez la société une réaction de rejet en raison de ses comportements délinquants. Or, ne devient pas toxicomane qui veut. En effet, plusieurs facteurs de vulnérabilité et de risques entrent en jeu, sans oublier les comorbides. La toxicomanie nait de la rencontre d'un individu avec son histoire et sa personnalité), d'un produit (avec ses propriétés plus ou moins toxicomanogènes) et d'un contexte socio-environnemental. Les professionnels de santé, notamment de santé mentale doivent donc avoir sur le toxicomane un regard qui transcende les clichés sociétaux afin d'offrir au toxicomane une prise en charge globale et intégrée qui tiennent compte de la complexité du phénomène de toxicomanieLa prévention des rechutes chez les patients toxicomanes constitue un dféfi majeur dans le domaine de la santé mentale. Des chercheurs renommés telsque G.Alan Marlatt, Bruce D.Bartholow, Nora D. Volkow et Mark L. Willenbring ont consacré leur carrière à comprendre les facteurs de risque sous-jacentes à ces rechutes.Les travaux pionniers de Marlatt ont mis en lumière l'importance des interventions cognitivo- comportementales dans la prévention des rechutes, mettant l'accent sur la gestion des déclencheurs et des situations à haut risque. De son coté, Bartholow a exploré les mécanismes neurobiologiques complexes qui sous-tendent les comportements de recherche de drogue, offrant ainsi des perspectives cruciales pour comprendre et traiter l'addiction.En tant que directrice de l'institut national sur l'abus des drogues, Nora D.Volkow a apporté une contribution majeure à lz compréhension

des bases neurobiologiques de l'addiction. Ses recherches ont éclairé les liens entre la neurochimie cérabrale, les comportements addictifs et les risques de rechute, ouvrant ainsi la voie à de nouvelles approches thérapeutiques.Quant à Mark L.Willenbring, son expertise en psychiatrie lui a permis de mettre en évidence l'importance des facteurs psychosociaux et environnnementaux dans le processus de rechute. Ses travaux ont souuligné l'importance des interventions intégrées , prenant en compte à la fois les aspects biologiques et psychosociaux de l'addictionEn combinant les perspectives de ces éminents chercheurs, il devient possible d'adopter une approche holistique et multidimensionnelle dans la prévention des rechutes chez les patients toxicomanes. Ce faisant nous pouvons espérer améliorer les résultats thérapeutiques et réduire l'impact dévastateur de l'addiction sur la vie des individuds et de leurs proches.Au Bénin, plusieurs jeunes sont confrontés directement ou indirectement au problème de récidive de la toxicomanie sans pour autant avoir les informations nécessaires. La toxicomanie d'une part et la rechute d'autre part sont des phénomènes multidimensionnels ou les aspects individuels (biologiques et psychologiques, social), sont en étroite intrication. Ainsi donc, conformément aux exigences du système LMD, et de notre formation en psychologie clinique, nous avons alors jugé utile de faire l'expérience de terrain convertie en un stage académique dans le association Saint Camille de Tokan dans le cadre d'une étude sur les facteurs de risques de récidives. Nous y avons passé un mois afin de mettre en pratique ce que nous avons appris au cours de trois ans de cours présentiels théoriques. L'analyse de cette étude nous renvoie généralement aux problèmes socio-psychologiques conduisant les patients à la récidive ou à la rechute. Le présent travail est structuré en quatre chapitres. Le premier présente le cadre institutionnel et le déroulement du stage. Le deuxième aborde le cadre théorique et l'approche méthodologique de la recherche. Quant au troisième, il expose les résultats de la recherche. La partie discussion est prise en compte par le quatrième chapitre.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE

Dans ce chapitre, il s'agit de la présentation du cadre institutionnel de Saint Camille de Tokan à travers son historique, sa mission, ses objectifs ainsi que sa structure organisationnelle. Il y est aussi fait le déroulement du stage et les travaux effectués.

1.1. Cadre institutionnel du stage

1.1.1. Présentation de l'association Saint Camille de Tokan

1.1.1.1. Historique

L'Association Saint Camille de l'Ellis a été fondé en 1983 par Monsieur Grégoire AHONGBONNON. Il est né au Bénin précisément à Kétoukpé né d'un Père Catholique et d'une mère animiste. A l'âge de 19 ans Monsieur Grégoire fut parti à Bouaké en Côte d'Ivoire où il se lance comme réparateur de pneus et monte parallèlement une petite entreprise de taxi qui prospère rapidement.

En 1980, lorsqu'il atteint l'âge de 26ans il a connu un grand problème économique, tout ce qu'il a bâti s'écroule brutalement avec l'arrêt subite de ces quatre (04) véhicules le même jour. De difficulté en difficulté, il sombre dans un état de découragement et d'accablement ce qui le conduit à des envies suicidaires. Une fois il s'est enfermé dans la chambre avec un lot de médicaments plus de l'eau histoire de se suicider. Un courant est passé dans sa main l'empêchant d'avaler les médicaments aussitôt, une voix lui dit « tu ne dois pas porter atteinte à ta vie, la vie qui est en toi n'est pas pour toi. ».

C'est grâce à l'écoute attentive que lui procura le prêtre qu'il arriva à émerger sa souffrance. A cette époque Monsieur Grégoire fut parti au pèlerinage à terre Sainte qui était une révélation. L'esprit tout tourné vers l'évangile, Monsieur Grégoire se demande qu'elle soit alors cette pierre que je peux apporter à la construction de l'Eglise, c'était la question qui l'habitait constamment. C'est ainsi du retour du pèlerinage à terre sainte que Monsieur Grégoire mis sur pied un groupe de prière dont les membres se sont mis à visiter les malades et les prisonniers. Ils priaient et discutaient avec les malades et leur famille. C'est en discutant qu'il remarqua les besoins des malades et avant de prier ils les lavèrent et chercha des voies et moyens pour payer leur médicament. Rapidement beaucoup ont commencé à retrouver leur santé et les personnes appelèrent ce groupe de

prière « Les visiteurs des malades ». Au cours de l'année 1983, Monsieur Grégoire et ceux que l'on appelait jusque-là « les visiteurs des malades » décidait de trouver un nom à leur jeune association. Ce qui a été Saint Camille de L'Ellis. Depuis lors en effet, l'association Saint Camille s'est toujours évertué à faire sortir de leur ''ghetto'' les personnes atteintes de maladies mentales afin qu'elles ne soient pas stigmatisées comme si elles étaient touchées d'un mal à part. C'est suite à cela que l'association Saint Camille de L'Ellis a commencé par construire des centres en Côte d'Ivoire, au Bénin, au Togo et au Burkina Faso.

Toujours dans l'occurrence de favoriser des traitements à long terme Monsieur Grégoire met en place des centres de relais. A ce jour, l'association Sainte Camille de L'Ellis dispose de quatre (4) centres de relais au Bénin dans le traitement des maladies mentales. Parmi lesquels on a celui de Tokan qui est un centre de relais et de réinsertion. Elle est située à 18Km au Nord de Cotonou dans la commune d'Abomey-Calavi précisément à côté du marché de Tokan. Il a été inauguré par le nonce apostolique Bénin-Togo.

1.1.1.2. Mission du centre

L'association Saint Camille de L'Ellis de Tokan a pour mission d'aider les malades mentaux à retrouver leur santé d'abord, ensuite leur dignité. Il permet de redonner vie aux personnes souffrant de troubles mentaux, qui sont délaissé, négligé, et enchainé dans les sociétés traditionnelles africaine. La mission profonde de ce centre est de se consacrer pleinement à l'aide et au soutien des malades mentaux dans leurs processus de guérison et réhabilitation. Ils mettent un accent particulier sur deux aspects essentiels, le rétablissement de leurs santé mentales et physique ainsi que la restauration de leurs dignités humaines.

Dans un premier temps l'équipe du centre s'investi pleinement dans la recherche active des malades mentaux qui sont dans les rues souvent négligés et marginalisés. Il ne ménage aucun effort pour les amener au sein de leur établissement afin qu'il bénéficie de l'aide dont ils ont tant besoin.

Une fois accueilli, les malades sont pris en charges avec une solidarité exemplaire ainsique des soins spécialisés et adaptés à leurs besoins spécifiques. Tout

cela est prodigué dans un environnement propice à leur rétablissement. L'attention aimante et l'affection inconditionnel dont ils font l'objet, sont des puissants catalyseurs pour leur processus de guérison

Au-delà des soins médicaux, le centre se concentre également sur l'aspect humain de leur rétablissement. Ils témoignent aux malades une affection sincères et une présence rassurante en leur montrant qu'ils ne sont pas seul dans leur parcours vers la guérison. L'équipe les encouragent à retrouver leur autonomie en les guidant vers un nouveau départ dans la vie.

Enfin, la réhabilitation au sein du centre vise à restaurer la dignité humaine des malades. Ils sont traités avec respect, considérés comme les individus à part entière, et non marginalisés.

L'objectif est de créer un environnement au sein duquel ils pourront se reconstruire et se réintégrer dans la société, en bénéficiant d'un soutien continu de la part de la communauté qui les entoure.

Dans l'ensemble, la mission du centre dépasse largement le simple aspect médical pour se concentrer sur l'épanouissement complet des malades mentaux. C'est une démarche empreinte de compassion, de respect d'amour qui guide chaque action de l'équipe afin de redonner espoir et dignité à ceux qui en ont le plus besoin.

1.1.13. Activité menée

Pour l'atteinte de sa mission, le centre Saint Camille de L'Ellis est constitué de plusieurs sous-structure toujours dans le but de subvenir aux besoins des malades mentaux. Les activités qui y sont menées sont entre autres :

- Les consultations et soins psychiatriques
- Les consultations psychologiques
- L'hospitalisation psychiatrique et analyse biomédicales
- L'art thérapie
- Groupe d'entraide mutuel pour sujet addicts : tous les jeudis de 10h à12h.
- Psychoéducation de groupe : sensibilisation des patients et leurs entourages sur la maladie mentale tous les mardis, mercredi, et samedis.

- ❖ Staff : tous les mardis de 14h à 16h
- ❖ Activités physiques sportives : tous les jours pour nos amis
- ❖ Messe : du lundi au samedi de 16h, adoration le jeudi à 15h et messe le dimanche à 10h parfois à 11h (au besoins)
- ❖ Couture : les patients stabilisés bénéficient d'une formation en couture avec possibilité d'obtenir un diplôme national en fin de formation.

1.1.1.4 Structure organisationnelle

Le bâtiment principal est construit autour d'une cour à ciel ouvert cintré d'une colorade bicolores, parsemé d'arbrisseaux vert tendre, de part et d'autre du passage carrelé. Il regroupe les bureaux, la pharmacie, les salles de consultations, une salle d'attente aux murs blancs ajourés dans le vestibule. Le centre est constitué de 83 personnels dont :

- ✓ 1psychiatre permanent
- ✓ 1Directeur
- ✓ 1 équipe de médecins psychiatres expatriés saisonniers
- ✓ 1gestionnaire
- ✓ 2psychologues
- ✓ 3infirmiers diplômés d'Etat
- ✓ 4aides soignants
- ✓ 2art-thérapeute
- ✓ 4 agents de pharmacie
- ✓ 4caissiers
- ✓ 2chargés d'archives
- ✓ 1secrétaire
- ✓ 1bibliothécaire
- ✓ 3agents de guérite
- ✓ 10 agents d'entretien
- ✓ 1 prêtre aumônier

D'un bâtiment administratif comportant une direction, un secrétariat, une salle d'archive, une pharmacie, deux caisses, une salle de soins, neuf salles de consultation, deux salles d'entretien psychologique, deux salles d'observation, une salle de réunion

et de formation, une bibliothèque, une salle de pansement, une salle de soin, deux quartiers destinés à l'hospitalisation des malades pour les hommes à gauche et pour les femmes à droite.

- Une maison principale pour la communauté et pour le personnel féminin
- Un bâtiment pour le logement du personnel masculin
- Une cuisine
- Une chapelle
- Une salle de conférence
- Un bâtiment pour la boulangerie avec un four traditionnel
- Un espace pour le jardin
- Quatre ordinateurs
- Un véhicule
- Deux paillotes pour les loisirs
- Une guérite
- Un plateau technique pour les soins de santé physique

1.2. Déroulement du stage

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

Notre stage s'est déroulé sur une période d'un (1) mois, du 14/08/23 au 14/09/23. Ce stage a pour objectif général l'observation d'une pratique professionnelle en rapport avec les patients addicte aux substances psychoactives et l'intégration à la vie institutionnelle. Nous poursuivons les objectifs spécifiques suivantes :

-Relier nos connaissances théoriques aux expériences pratiques ;

-Apprendre à construire une réflexion critique autour d'un thème en harmonie avec le terrain d'accueil ;

-Maitriser le domaine d'activité de l'association Saint Camille de Tokan.

Au cours de notre stage nous avions eu à mener différentes activités sous l'autorité de Mr Degila Salomon. D'abord il nous a accueilli dans son bureau, puis il a dirigé une prière. Après la prière nous avons fait les présentations à tour de rôle (les stagiaires et les professionnels de soin). Monsieur Salomon nous a un peu parlé du centre et de ses activités, puis des conditions de travail. Ensuite après la prière un Staff est fait jusqu'à 09h tous les jours. Pendant ce staff un collègue doit présenter un thème qu'il aurait choisi lui-même), après cela des questions apports et suggestions seront fait pour une meilleure compréhension.

Enfin, il nous a promulgué d'ingénieux conseils concernant la pratique du métier de psychologue. Après cela, nous avons fait des entretiens psychologiques avec les patients internes et externes du centre. Puis un rapport des cas eu dans la journée est faite à partir de 14h. Les entretiens psychologiques prennent en effet fin à 14h. Nous avons participé à des séances de formations incluant les psychiatres, les psychologues, et les infirmiers spécialisés les mardis et vendredis à partir de 14h. Nous avons participé à des thérapies de groupes pour les gardes malades (relaxation, discussions sur leur quotidien en tant que garde malade et psychoéducation sur la maladie mentale) qui s'effectue chaque mardi à partir de 10h, également les thérapies de groupes pour les addictes aux substances psychoactives les jeudis à partir de 10h. La thérapie de groupes des addictes commence par une séance de sport dirigé par un éducateur spécialisé, ensuite une séance de relaxation et enfin une psychoéducation dirigée par un psychologue.

1.2.2. Acquis du stage

A l'issu de ce stage pratique, nous avons pu mettre en application quelques connaissances théoriques acquises (observation, entretien, écoute, empathie, neutralité bienveillante, etc.) lors de notre formation académique. Il nous a été 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. Également que la mise à jour des connaissances, par la lecture ou des formations est bénéfique pour le bon exercice du métier de psychologue.

Atouts	Les personnels du centre sont non seulement accueillant et chaleureux avec les patients mais également avec les stagiaires. Les professionnels du centre essaie d'innover et d'améliorer la qualité de leur travail. Le centre est beaucoup inclus dans le social donc la plupart des patients ne manquent pas de quoi payer pour un accompagnement. Le association Saint Camille de Tokan s'investit beaucoup dans la réinsertion sociale des patients par l'accès à des formations de couture ; coiffure ; et bien d'autres. Les professionnels offre la possibilité aux familles de rester non seulement au centre pour veiller sur leur proches, mais également d'avoir le soutien moral nécessaire pour qu'ils ne subissent pas les risques d'un mauvais entourage. Comme son nom Oasis d'Amour l'indique, Saint Camille de Tokan déborde d'amour.
Problèmes	Qualité pas très bonne de la nourriture, le centre n'est pas très propre, le corps professionnel est parfois confondu avec les malades

1.2.4 Problèmes éprouvés lors du stage

Durant notre stage, nous n'avons pas rencontrés de difficultés majeures. Néanmoins nous avons recensé quelques-unes à savoir :

-Manque d'expérience pratique : parfois nous sommes confrontés à des situations que nous n'arrivons pas à gérer,

-Fatigue après plusieurs entretiens enchainés.

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

Cette partie du document est consacrée dans un premier temps à l'énoncé du problème, la détermination des objectifs de recherche et l'émission des hypothèses. Dans un second temps, il décrit l'approche méthodologique adoptée afin d'étudier la problématique.

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 (Laramée et Vallée, 1991).

2.1.1 Problématique

L'Homme est constitué du corps, de l'âme, et de l'esprit. Ces trois éléments travaillent en symbiose pour l'équilibre psychologique et physiologique de l'Homme. Ils sont donc interdépendants. L'esprit, qui est la partie la partie immatérielle de l'être humain constitue la totalité des phénomènes et des facultés mentales (perception, affectivité, intuition, pensée, jugement, morale) etc. Pour que ces facultés mentales soient bien développées, l'Homme doit faire attention à son corps car il y a des substances positives et négatives pour le corps, et par la psycho somatisation, ces substances impactent l'esprit. Par exemple manger sainement à une influence positive sur le corps, et alors l'esprit est bien disposé au fonctionnement des facultés mentales. Dans le même sens des substances psychoactives tels que la drogue, la cigarette, le cannabis, l'alcool, etc détruisent non seulement le corps mais également l'esprit. Cela se manifeste par des pertes de mémoires ; des poumons sont détruits ; des troubles du contenu de la pensée *;* des troubles de conduites instinctuelles etc.

Malgré ces conséquences désastreuses plusieurs personnes s'adonnent à ces substances. Selon le rapport mondial sur les drogues 2023 de l'office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), on estime que 296 millions de personnes dans le monde (5,8 population mondiale âgée de 15 à 64 ans) ont consommé des drogues au cours des 12 derniers mois. UNUDC estime 39,5 millions de personnes souffrent de troubles liés à la consommation de substances psychoactives et ont besoin de services de traitement.

En 2019, 494000 décès ont été attribués à la consommation de drogues. En 2005, L'ONUDC estime que l'Afrique comptait quelque 38,2 millions de consommateurs de cannabis soit 7,7 pourcents de la population africaine âgée de 15 à 64 ans. En 2021, environ 275 millions de personnes ont consommé des drogues, soit une augmentation de 22 pourcents par rapport à 2010.

L'addiction est donc un phénomène qui fait rage dans notre société actuelle. Elle est définie par l'OMS comme un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements. Cette dépendance est due à un déséquilibre du fonctionnement neurobiologique à la suite d'une consommation régulière d'une substance psychoactive. Ce déséquilibre entraine l'envie de consommer à nouveau la substance psychoactive, pour ne pas subir les effets désagréables consécutifs à l'arrêt de la prise. De manière simplifiée l'addiction est définie comme un état de dépendance vis-à-vis d'une drogue. Il s'agit d'une maladie mentale chronique caractérisée par un besoin intense, incontrôlable de rechercher de consommer la drogue, l'impossibilité de limiter la consommation malgré les effets négatifs qu'elle peut avoir sur le plan médical, social, familial ou professionnel, des sensations de malaise psychique, et parfois physique, lors de la privation de drogue A.Brunel(2012) président de la fédération « Fédération pour la recherche du cerveau » édition 2012, Page 3. Le sevrage est très difficile et le risque de rechute très important. Des critères de diagnostic plus précis sont repris dans le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, édité par l'Association américaine de Psychiatrie). De manière plus large, le terme addiction peut être étendu à certains comportements qui ont le même caractère répétitif, compulsif, avec perte de contrôle (ex., le jeu). Des mécanismes neurobiologiques communs sont impliqués dans les deux cas. Différentes substances psychoactives peuvent mener à une dépendance. Ces substances sont tout d'abord consommées à titre expérimental pour leurs effets propres qui peuvent être de type psychoanaleptique (amphétamines, cocaïne etc), de type psycholeptique (benzodiazépines, alcool, opiacés etc) ou encore de type psychodysleptique comme le cannabisJ.Besson(2018) « addiction chez les jeunes », Edition Lausanne 2018. Une première expérience gratifiante donne envie de répéter la consommation et cette répétition peut entraîner chez certains individus un engagement involontaire dans le cycle de l'addiction. Ce cycle se caractérise par trois stades : 1)

intoxication, 2) malaise (psychique et éventuellement physique), 3) envie irrésistible de consommer («craving»), dont le déroulement répétitif signale la perte de contrôle de la consommation. Ce cycle d'addiction se manifeste quel que soit le type de substance consommée ce qui suggère l'existence d'une base neurobiologique commune au phénomène d'addiction J. Scuvée-Moreau Chargé de Cours Adjoint, Service de Pharmacologie, GigaNeurosciences, Université de Liège(2014) Page 211. Différentes substances psychoactives peuvent entraîner l'addiction. Malgré leur cibles pharmacologiques distinctes, toutes les substances toxicomanogènes agissent sur le circuit de récompense et stimulent la libération de dopamine au niveau du nucleus accumbens. Cette stimulation et les effets de renforcement positif qui en résultent sont nettement plus intenses qu'avec les récompenses naturelles. Avec la répétition de leur consommation, les drogues entraînent des modifications neurobiologiques durables au sein du circuit de récompense et des régions associées. Cela aboutit à une reprogrammation des circuits neuronaux impliqués dans le plaisir, la motivation, la mémoire, le conditionnement, les fonctions exécutives, la perception, le jugement, les organes de sens J.Besson(2018), « addiction chez les jeunes » Edition Lausanne 2018, Page 23. Cette modification entraine des comportements inadaptés. Il est donc évident que l'extermination de l'addiction aux substances psychoactives demeure l'un des défis les plus préoccupants de la santé publique à l'échelle mondiale.

C'est alors que dans les centres psychiatriques et dans les centres de désintoxication, les professionnels de santé mentale tels que les psychologues et les psychiatres travaillent en collaboration pour non seulement prévenir mais également accompagné les intéressés dans le processus d'équilibre psychologique. Cependant, malgré les efforts founis pour lutter contre ce fléau après leur guérison de nombreux toxicomanes connaissent des rechutes. Les facteurs de risques de récidives d'ordre psychosocial se traduisent dans un premier temps par une mauvaise gestion des émotions face aux évènements stressants de la vie tels que le deuil, perte d'emploi, conflits familiaux…, dans un second temps un mauvais environnement social. La question de connaitre les facteurs de risques de rechutes des toxicomanes est dès lors crucial pour complètement bannir la toxicomanie de notre société. Notre étude se penchera sur l'analyse des facteurs de risques de récidives chez les patients de l'association de Tokan par d'abord,

l'exploration des facteurs psychosociaux qui déclenchent des risques de récidives chez les patients puis l'identification des mesures de prévention adéquate pour prévenir ces facteurs de risques.

2.1.1.1Hypothèse Générale

A saint Camille de Tokan, les professionnels de soin de santé mentale n'auraient pas de mesures de prévention pour lutter contre les facteurs de risques de récidives d'ordre psychosocial.

2.1.1.1.1 Hypothèse Spécifique 1

Une mauvaise gestion des émotions face aux évènements stressants peuvent déclencher des risques de récidives.

2.1.1.1.2 Hypothèse Spécifique 2

Des mesures de prévention ne sont pas mises à contribution pour prévenir les risques de récidives chez les patients de l'associations de Tokan.

2.1.1.2 Objectif Général

Analyser les facteurs de risques de récidives chez les patients toxicomanes de l'association Saint Camille de Tokan et les moyens pour prévenir les rechutes.

2.1.1.2.1 Objectif Spécifique1

Explorer en quoi les facteurs psychosociaux déclenchant des risques de récidives chez les patients toxicomanes de l'associations de Tokan.

2.1.1.2.2 Objectif Spécifique 2

Identifier des mesures de prévention adéquate pour prévenir ces facteurs de risques.

2.1.2 Intérêt de la recherche

Plusieurs chercheurs ont fait de multiples études pour trouver un moyen efficace d'aider les patients toxicomanes à guérir de leur addiction. Malheureusement ces mêmes patients après un bon moment de sevrage et d'accompagnement psychiatrique et psychologiques, reviennent après quelques temps avec les mêmes problèmes

d'addictions. Cette recherche permettra donc d'abord de trouver les facteurs de risques de récidives ensuite, d'apporter des soins nécessaires tant pendant l'internement mais également à la sortie du patient pour lutter contre les facteurs de risques de récidives.

Grace à cette recherche, les patients et leur famille seront outillés sur les méthodes d'aide quotidienne à apporter à un proche toxicomane. Par ailleurs, si les risques de récidives sont connus et traité efficacement les patients guéris pourront devenir des citoyens modernes pour la société.

2.1.3 Revue de littérature

Allant dans le sens de notre recherche, plusieurs réflexions ont été menées. En effet H. SOGNIGBE(2015) dans son mémoire « Prise en charge des toxicomanes en République du Bénin rétrospective menée dans les formations sanitaires spécialisées de la ville de Cotonou et zone environnantes a abordé la question de prise en charge de façon générale. Dans un premier temps l'auteur a rappelé le profil du toxicomane et a recensé les différents lieux et formes de prise en charge actuelle des toxicomanes. Dans un second temps en retraçant le devenir du toxicomane, il invite les structures de prise en charge des toxicomanes à jouer plusieurs rôles à la fois tels que : le rôle d'institution d'accueil d'orientation, de cure et poste cure. Même s'il mentionne que la mise en œuvre de cette nouvelle orientation thérapeutique nécessite surtout des ressources humaines, il n'a pas insisté sur l'apport du psychologue clinicien.

Ensuite, R.T.G. TOVIAKOU(2016) dans « Toxicomanie chez les jeunes en milieu rural : Etude réalisée dans la sous-préfecture d'Adjarra et d'Avrankou (Ouémé) » a abordé la question de la prise en charge des toxicomanes au Bénin. Dans cette étude, il a fait l'inventaire des types des drogues utilisés et a identifié les conséquences de ce phénomène sur le jeune rural à s'y adonner. Il a de même identifié les conséquences de ce phénomène sur le jeune rural, sa famille et de toute la communauté. Enfin, il a proposé des approches de solutions pour prévenir ce phénomène à court, moyen et long terme. Ses approches sont de l'ordre des actions préventives curatives, promotionnelles et réadaptées, s'adressant à des non consommateurs, des consommateurs déjà malades ou non.

Sur le plan régional A. OUEDRAOGO(2016)dans « Guide pratique pour la prise en charge de l'addiction en Afrique de l'Ouest », Edition 2016, Page 381-389 s'adressant aux professionnels de la santé et du secteur social et multidisciplinaire des personnes ayant une dépendance aux substances psychoactives. Ce faisant, ils s'intéressent aux stratégies thérapeutiques, aux buts et objectifs du traitement, aux moyens thérapeutiques, à la conduite pratique et au suivi évaluation.

J. FAFOLAHAN(2016), dans « Prise en charge de la toxicomanie dans l'USUT du CNHUP Cotonou-Jacquot », Edition 2015, Page 34 a aussi fait des recherches sur le concept de la prise en charge des toxicomanes. Ces travaux ont été concentrés sur la cure à l'USUT un bon sevrage physique. Il a proposé la prise des mesures pour un sevrage physique par un accompagnement psychologique et soutient un projet de réinsertion socio-familiale et professionnelle chez le jeune toxicomane en sevrage à l'USUT.Par rapport à l'état des connaissances sur la toxicomanie, de nombreux ouvrages ont traité de la toxicomanie, ses conséquences biologiques, psychologiques et sociales. Ils ont aussi abordé les aspects thérapeutiques. Mais la majorité des réflexions s'est penchée sur la prise en charge chimio thérapeutique. Mais il faut souligner que l'accompagnement psychosocial et ses modalités de mise en œuvre ne sont pas assez développés.

D'autre part, T.de Quincey(2012) dans « les confessions d'un mangeur d'opium anglais », Edition 2011, Page 68 considère que l'addiction relève d'une problématique de perte ou de manque de maitrise de soi.

De même D. LeBreton (2012), « Le contrecorps de la toxicomanie ». Sémiotique d'addicts », in « Des drogues aux addictions. Shooter les représentations ? » Edition 2011 page 55, pense que toxicomane est celui qui cherche, à travers « la consommation des drogues, à ne plus porter le fardeau de son existence » Le sociographe, numéro 39, Septembre, IRTS-LS. P. Pharo (2012) « Bien-être et dépendances », pensée plurielle, PP. 11-23, P.15. Soutient que la faiblesse de la volonté c'est quand il y a incohérence cognitive et conative (je juge meilleur de ne pas consommer, mais je consomme). Même si cela semble certes un peu schématique, le modèle a au moins le mérite de nuancer le champ d'expériences de la toxicomanie et de souligner le fait que la théorie de l'akrasia

ne peut pas s'appliquer à la consommation des drogues à tous les moments de la carrière du toxicomane. Il semble donc que l'auteur ne distingue pas, dans ses propos, la pratique de consommation des produits psychoactifs du phénomène de l'addiction.

La problématique de l'akrasia, comme le note l'auteur, révèle cependant la notion toute aussi centrale de temporalité dans la description et l'explication du phénomène de la toxicomanie. Ainsi, le fait de pourvoir évaluer la récompense dans l'immédiat d'une prise du produit, procure un sentiment de contrôle que l'on n'a pas par rapport au futur, car « la valeur des évènements futurs est inversement proportionnelle à la distance qui nous sépare de leur appropriation ». Pour l'auteur, l'être humain souffre du temps, parce qu'il n'en a pas la maitrise. La consommation des drogues permet de « produire de l'éternité » et c'est en ce sens que les conduites addictives ne dont « qu'une amplification du drame qui se joue au cœur de l'existence humaine », carcelle immobilise le temps et augmente ainsi notre perception de l'espace et la sensibilité de nos sens. Cela pourrait expliquer pourquoi les toxicomanes ont de la facilité à faire des rechutes. Cependant selon J.Quintin (2012) dans « Ethique et toxicomanie », le rapport réflexif à soi est cassé chez les addicts qui sont dès lors enfermés dans la sensation et ne s'acheminent plus vers une quête de sens. C'est pour cela qu'il faut se donner des règles, mais des règles pour la pratique de la liberté, afin de se rentre capable de se « déprendre de soi -même ».

Selon les études de Parker et Benson (2004), les adolescents qui perçoivent plus de soutien de la part de leurs parents sont moins enclins à la délinquance, à une mauvaise conduite à l'école ainsi qu'à l'abus de drogues et d'alcool.

Les relations familiales après la guérison peuvent influencer les risques de récidives. De plus Whitney, Kelly, Myers et Brown (2002) ont montré qu'une amélioration du fonctionnement familial est associée à une réduction de la consommation chez des adolescents en traitement pour la toxicomanie. Pour renchérir, la communication au sein de la famille (Terjanian, 2002) et le soutien parental (Williams et Chan, 2000) sont des dimensions qui devraient être ciblées pour favoriser la réadaptation, des jeunes en traitement de la toxicomanie.

2.2.1.4. Clarification conceptuelle

-**Facteurs de risques** : Un facteur de risque est une source de risque qui indique un certain degré de causalité, supérieur à une simple corrélation, avec un risque.

L'OMS le 1er Janvier 1996 définit le facteur de risque comme une situation sociale ou économique, un état biologique, un comportement ou un environnement qui sont liés éventuellement par une relation de cause à effet à une vulnérabilité accrue à une maladie, à des problèmes de santé ou à des traumatismes déterminés.

Selon le Larousse , il s'agit d'un facteur qui augmente les risques d'apparition d'une maladie.

-**Récidives** : D'après le Larousse, c'est l'action de commettre dans des conditions précisées par la loi, une deuxième infraction après une première condamnation pénale définitive pour des faits de même nature (à la différence de la réitération).

Au sens psychologique c'est la réapparition d'une maladie mentale qui était guéri.

-**Toxicomanie** : C'est une maladie primaire chronique des aires cérébrales de la récompense, de la motivation et de la mémoire ainsi que des circuits neuronaux associés. Du grec toxikon, poison et mania, folie, c'est un thème désignant la dépendance physique et/ou psychologique à une ou plusieurs substances chimiques exogènes, généralement toxiques (analgésique, stimulants et autres psychotropes) sans justification thérapeutique. L'OMS recommande depuis 1960 l'utilisation du terme dépendance, plus précis et moins stigmatisant. En effet, manie signifiant folie, est une description inadaptée de ce trouble.

Selon l'OMS en 1960, la toxicomanie est 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. Elle possède quatre (4) caractéristiques. Il s'agit premièrement d'une envie irrépressible de consommer le produit (voir : Addiction et craving) ; une tendance à augmenter les doses (voir : Tolérance) ; une dépendance psychologique (en) et parfois physique ; et des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotives, sociales, économiques).

Le Robert définit la toxicomanie comme un état engendré par la prise répétée de substances toxiques (drogues, stupéfiants), créant un état de dépendance psychique et physique (accoutumance, intoxication).

D'après le dictionnaire de psychologie écrit par N. Sillamy(1988), la toxicomanie est une appétence morbide manifestée par certains sujets pour des substances toxiques, entraînant des effets nuisibles pour eux-mêmes et pour la société. La toxicomanie se manifeste par l'accoutumance de l'organisme, l'augmentation des doses, un besoin incoercible de la drogue, la dépendance de l'individu à l'égard de celle-ci et sa déchéance physique et mentale à plus ou moins long terme. Selon leurs effets, on distingue les drogues euphorisantes (opium, cocaïne), enivrantes (alcool), excitantes (café, tabac), hallucinogènes (mescaline). On entre dans la toxicomanie, disait Ball, « par la porte de la douleur, par celle de la volupté et par celle du chagrin ». En général, les toxicomanes sont des sujets au moi faible, incapables de résoudre leurs conflits, qui fuient le réel et, régressant au stade oral, recherchent dans la drogue l'oubli de leurs problèmes. Le traitement de la toxicomanie consiste en une cure de sevrage (progressif) en milieu hospitalier, associée à la psychothérapie. Pour lutter contre ce fléau social, tous les pays ont pris des mesures draconiennes destinées à restreindre la vente des drogues dangereuses. Trac, perturbation émotionnelle ressentie au moment

2.2 Approche méthodologique de la recherche

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. Il tient compte également de l'explication des choix d'outils méthodologiques pour la collecte des données, leur traitement puis leur analyse et enfin des difficultés rencontrées au cours de la collecte de données.

La démarche scientifique sur laquelle est basé tout le travail de recherche est une démarche hypothético-déductive qui consiste à formuler en amont des hypothèses en s'appuyant sur nos recherches théoriques puis à valider ou invalider ces hypothèses en à travers des tests de vérification.

2.2.1 Nature de la recherche

Cette recherche est de nature mixte fondé sur une approche qualitative et quantitative. L'approche qualitative consiste à nous plonger dans le milieu de vie de l'enquêté, à recueillir ses propos pour aboutir à la réalisation de nos objectifs. Quant à l'approche quantitative, elle permet de faire le traitement statistique des données auprès de notre échantillon représentatif et de permettre l'analyse des données recueillies au cours de l'entretien.

2.2.2 Population cible

Patients et personnel de soin de l'association Saint Camille.

2.2.3 Technique d'échantillonnage

Nous avons jugé bon de suivre une démarche structurée. Premièrement, il a été question de définir une population en identifiant les caractéristiques nécessitant un intérêt pour cette recherche ; deuxièmement, nous avons déterminé l'échantillon en fonction de son intérêt scientifique et des ressources matérielles dont nous disposons ; enfin, nous avons défini les unités d'échantillonnage. Cette dernière étape a consisté à isoler et à choisir chaque membre de la population-cible selon les critères bien définis. Nous avons opté pour une technique d'échantillonnage non-probabiliste notamment la technique à choix raisonné qui a consisté à choisir les sujets à enquêter de façon délibérée suivant des critères d'inclusion ci-dessous.

Le personnel du centre rencontré sur le site durant la période d'enquête a été systématiquement pris en compte.

2.2.4 Variable opérationnelles

Nous avons deux variables :

-une dépendante : association Saint Camille de Tokan

-et une autre indépendante : Les facteurs de risques de récidives chez les patients toxicomanes

2.2.5 Technique et outil de collecte de donnés

Pour le recueil des informations sur le terrain, nous avons eu recours à des techniques et outils de collecte des données appropriés à la nature de la recherche. Dans ce sens quatre

techniques de collecte de données ont été employées. Il est question de la recherche documentaire, de l'entretien, de l'observation et de l'administration du questionnaire. Les outils correspondants respectivement à ces procédés sont la grille de lecture, le guide d'entretien, la grille d'observation et le questionnaire**.**

2.2.3.1 Recherche documentaire

La recherche documentaire est la première étape des outils de collecte des données dans le cadre de notre étude. Elle a porté sur les documents exploités (articles, thèses, mémoires) traitant sur les facteurs de risques de récidive chez les toxicomanes, en particulier chez les patients de l'association ST Camille de Tokan. Elle a permis d'avoir les informations des différents thèmes que nous aurons à aborder. Le tableau I présente les centres de documentation visités et les types d'informations recueillies.

Tableau I : Synthèse de la documentation

Centres de documentation	**Nature des documents**	**Types d'informations recueillies**
Centre de documentation de la FASHS	Thèses, Mémoires, Livres	-Informations sur tranche d'âges des patients -Informations sur sources de récidive chez les patients
Bibliothèque centrale de l'université d'Abomey-Calavi	Mémoires, Livres, rapports	Approche méthodologique et techniques de rédaction
Centre de documentation de la psychologie		Informations générales sur le sujet
Internet	Rapport, Thèse, article, Mémoire	Informations à caractère générales sur le sujet
Association St Camille de Tokan	Dossier médical	Informations générales sur les patients en situation de récidives

Source : Travaux de terrain, Jueillet 2023.

Le tableau I qui regroupe toutes les synthèses de la documentation des recherches révèle le processus de recherche documentaire effectué en amont des travaux de terrain

2.2.2.3.2 L'entretien

L'entretien a été fait avec le personnel de soin du centre afin d'approfondir les informations reçues auprès des patients. Il a été réalisé grâce à un guide d'entretien. Utilisé dans sa variante dite semi structurée, posture favorable aux relances, cette technique a servi pour enquêter les membres du personnel de l'association Saint Camille de Tokan. Il nous a également permis de compléter les informations collectées par le questionnaire. Dans notre contexte, l'outil utilisé est le guide d'entretien à caractère semi-directif.

2.2.3.3 L'administration du questionnaire

Dans le souci de faire une bonne collecte de données et conférer à notre recherche, un questionnaire a été conçu pour les patients de l'association Saint Camille de Tokan qui représente la cible principale de cette recherche. Le questionnaire a été expliqué aux enquêtés afin d'atteindre les objectifs fixés et nous leur avons appliqué le questionnaire. Il est un outil régulièrement utilisé en sciences sociales et permet aussi de recueillir un grand nombre de témoignages ou d'avis (Claude, 2021). Selon R. Mouriaux (1979, P. 18), 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. Nous avons alors utilisé un questionnaire permettant de collecter plusieurs informations sur les facteurs de risques de récidives chez les patients de l'association Saint Camille de Tokan.

2.2.3.4 Observation

L'utilisation de l'observation s'est avérée nécessaire. En plus du questionnaire et de l'entretien, elle nous a permis d'observer certains comportements, les attitudes, la dynamique ou les interactions des patients pour obtenir plus d'informations approfondies par rapport à celles recueillies avec la technique d'entretien, et de l'administration de questionnaire.

2.2.3.4 Outils de collecte des données

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une démarche mixte. Pour cela, la collecte des données sur le terrain a été réalisé à base des techniques de recherche bien précises telles que la recherche documentaire, l'entretien et l'observation. Les outils tels que la fiche de lecture, le guide d'entretien et la grille d'observation, fiche d'observation clinique,

dossier médical ont été respectivement utilisés afin d'obtenir les informations requises pour la vérification des hypothèses avancées plus haut.

2.2.3.4.1 Fiche de lecture

Lors de la recherche documentaire, nous avons fait usage de la fiche de lecture pour mieux circonscrire les différentes thématiques et démarches méthodologiques évoquées par les documents lus ou explorés. Les mémoires, thèses et rapports qui ont trait au présent sujet ont été utilisés pour mener à bien le recueil.

2.2.3.4.2 Guide d'entretien

Le guide fait partir des outils de collecte des données sur le terrain. Il est utilisé pour la collecte des données qualitatives et permet aux enquêtés d'avoir une certaine largesse dans la livraison des informations en général et en particulier sur les facteurs de risques de récidive chez les toxicomanes, et à l'enquêteur d'avoir une idée précise des thèmes ou des questions à aborder pendant l'entretien. Cela permet de structurer l'entretien et de gagner des informations utiles et pertinentes lors de l'entretien.

2.2.3.4.3 Grille d'observation

Outre les autres outils utilisés, nous avons fait appel à nos organes de sens notamment les yeux pour observer convenablement les comportements de la population cible de notre recherche.

2.2.3.4.4 Fiche d'observation clinique

C'est une fiche qui permet de faire la synthèse sur la rencontre avec le patient et ses parents. Elle permet d'avoir des informations sur sa vie en générale. Elle sert de support pour une étude clinique sur le patient.

2.2.3.4.5 Dossier médical

Le dossier médical est une fiche qui renseigne sur les patients c'est-à-dire son identité, le jour et l'heure d'arrivée du patient dans le centre. A ces outils, ont été appliquées des techniques afin de maximiser les informations.

2.2.5 Modes de dépouillement, de traitement et d'analyse des donnés

Pour bien traiter les données, on a procédé à un dépouillement manuel suivi du traitement informatique des données. De ce traitement, des discussions sont sortis pour illustrer les résultats. Pour les données qualitatives, après avoir transcrit les contenus des entretiens, nous avons sélectionné les informations selon ce que nous jugeons utiles et pertinent. Une fois cet exercice achevé, nous avons créé un tableau dans lequel nous avons mis les informations sélectionnées par catégorie de thème de discussion et d'hypothèses de recherches émis. C'est-à-dire que quand on a pris les informations, on a fait ressortir un thème de discussion, et donc dans le tableau il y a les propos relevant de ce thème de discussion et des hypothèses de recherches émises. Ces propos ont été transcrits fidèlement. Les données qualitatives traitées ont été soumises à une analyse de contenu.

2.2.6 Considérations déontologiques et éthiques

Dans le cadre du respect de l'article du code de déontologie de la recherche, des mesures efficaces ont été pris. Pour ce faire, les dossiers des toxicomanes en situation de récidive ont été analysés dans l'intimité dans le bureau du psychologue loin des yeux et des oreilles distraits après qu'on ait reçu l'autorisation. L'anonymat qui est d'ailleurs exigé dans le centre a été respecté pour chaque patient concerné.

2.2.7 Difficultés éprouvées

Toute personne qui porte une initiative rencontre des obstacles dans sa mise en œuvre. La recherche ne s'est pas faite sans difficultés. Les complications que nous avons rencontrées dans la collecte concernent essentiellement les dossiers des toxicomanes en situation de récidive. En effet, nous avons éprouvé des difficultés à avoir des certaines informations dont nous avons besoin qui ne se trouvaient pas dans le dossier. En ce qui concerne les entretiens les patients étaient réticent à l'idée de répondre à certaines les questions.

CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre présente les données issues de l'administration du questionnaire et des entretiens semi-directifs effectués avec les différentes personnes identifiées et enquêtées, suivi des analyses et des interprétations des résultats.

3.1 Facteurs psychosociaux déclenchent des risques de récidives chez les patients de Saint Camille de Tokan

3.1.1. Profil sociodémographique des répondants

La figure 1 présente la tranche d'âges des patients en situation de récidive à

saint Camille de Tokan.

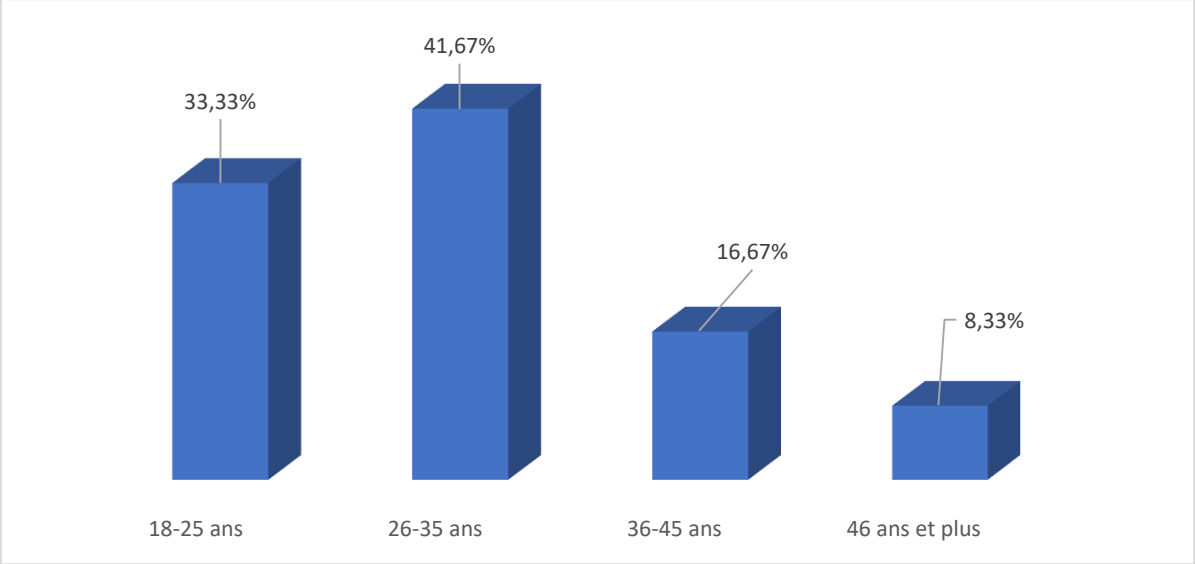

Figure 1 : Tranche d'âges des patients en situation de récidive

Source : Travaux de terrain, novembre 2023

A la suite de cette figure on remarque que le pourcentage de la tranche d'âge de 18 à 25 ans est de 33,33%, celle de 26-35ans est de 41,67 %. Pour la tranche d'âge de 36-45 ans le pourcentage est 16,67 et pour 46ans et plus le pourcentage est 8,33. On en déduit que parmi les patients interrogés en situation de récidive, la majorité sont ceux dont la tranche d'âge varie entre 26 et 35 ans suivi de ceux de 18 à 25 ans. On conclut donc que les patients en situation de récidive sont majoritairement jeunes. Nous montrerons avec

l'exploration des facteurs de risques de récidives que les jeunes sont les plus exposés aux risques de récidives.

La figure 2 présente la situation matrimoniale des personnes interrogées.

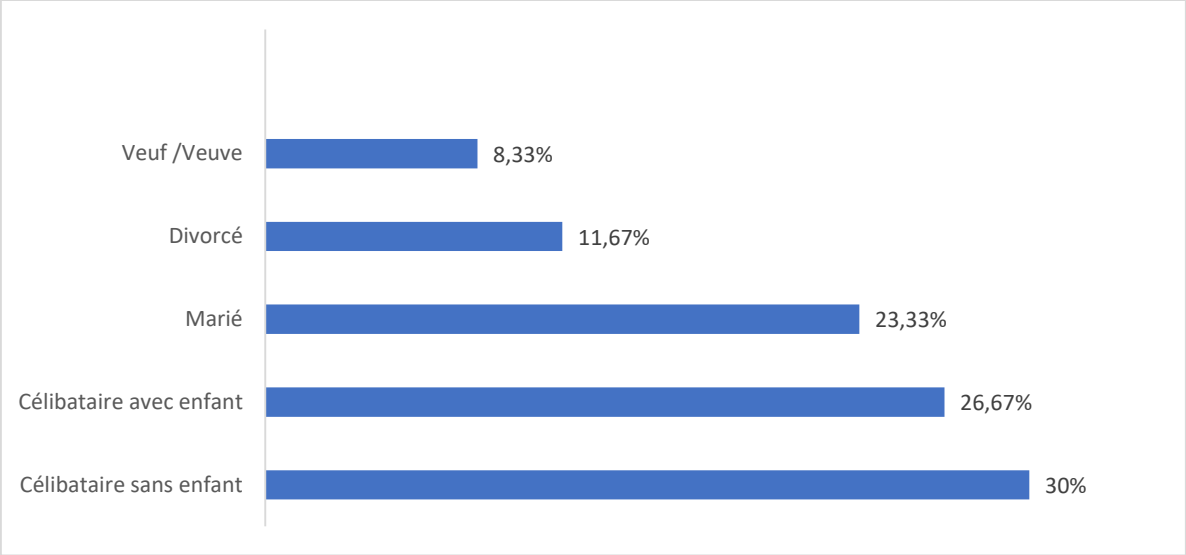

Figure 2 : Situation matrimoniale des patients en situation de récidives

Source : Travaux de terrain, novembre 2023

Les données de cette figure nous révèlent la situation matrimoniale de la population interrogée. A travers ce tableau on remarque que les célibataires sans enfant ont un pourcentage de 30%, ceux avec enfant occupe 26,67. Les personnes mariées ont un pourcentage de 23,33%. Enfin, les divorcés ont un pourcentage de 11,67% et les veufs occupe 8,33%. On conclut donc que les célibataires sans enfant constituent la majorité des patients en situation de récidives. Cela nous renvoie à l'aspect social, l'aspect de l'entourage et de la vie privée des patients comme cause de récidives. La figure 3 présente le niveau d'instruction des patients enquêtés.

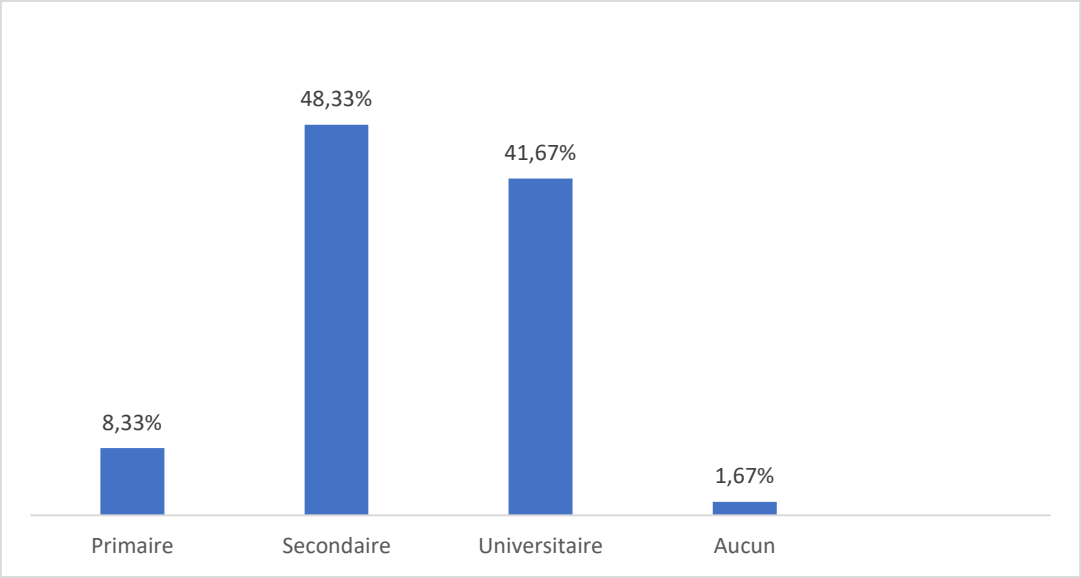

Figure 3 : Niveau d'instruction des patients enquêtés

Source : Travaux de terrain, novembre 2023

On observe dans cette figure que les patients avec un niveau de primaire ont un pourcentage de 8,33, ceux avec un niveau du secondaire ont 48,33%, ceux avec un niveau universitaire ont 41,67% et enfin ceux qui n'en ont aucun occupe 1,67% des patients enquêté. On constate donc que la plupart des patients ont un niveau secondaire suivi d'un niveau universitaire qui occupent les plus grands pourcentages. Cela signifie que les patients d'une manière ou d'une autre, ont la capacité de comprendre les effets négatifs des substances psychoactives sur leur organisme. Cela nous renvoie également à comprendre que la rechute n'est pas une question de niveau d'instruction, cela peut arriver à une personne malgré son niveau d'instruction. Dans la quête des réponses à notre problème posé on expliquera pourquoi malgré le fait qu'ils soient instruits, ils sont encore exposés aux risques de récidives. La figure 4 présente le sexe de la population enquêté.

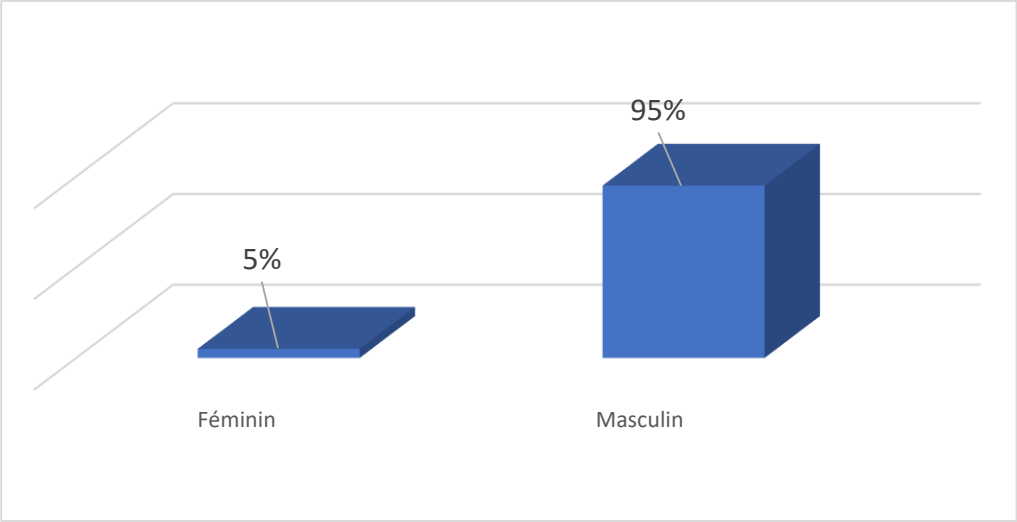

Figure 4 : Sexe de la population étudiée

Source : Travaux de terrain, novembre 2023

De la figure ci-dessus, on constate un taux de 5% de genre féminin et un taux de 95% de genre masculin. On en déduit que les hommes sont plus sujets aux risques de récidives par rapport aux femmes.

3.1.2Les facteurs psychosociaux sources de récidive chez les patients

Tableau II : facteurs psychosociaux de risques de récidives des patients

Facteurs psychosociaux	Effectifs	Pourcentages(%)
Deuil	16	26,67%
Perte d'emploi	6	10,00%
Conflits familiaux	8	13,33%
Mauvais entourage	18	30,00%
Pression professionnelle	12	20,00%
Total	60	100%

Source : Travaux de terrain, novembre 2023

Les données de ce tableau nous révèlent que parmi la population interrogée, 26,67 % récidive à cause d'une situation de deuil, 10 % à cause de perte d'emploi, 13,33 % à cause des conflits familiaux, 30 % à cause des mauvais entourages, 20 % à cause des pressions professionnelles. On en déduit alors qu'il existe plusieurs facteurs

psychosociaux qui poussent les patients à retomber dans les substances psychoactives. On constate de ce tableau que le mauvais entourage et le deuil sont les facteurs psychosociaux dominants de récidives chez les patients de l'associations Saint Camille de Tokan.

3.1.3 Types des substances consommées par les patients

Parmi les substances les psychoactives qui existent on note quatre consommés généralement chez les patients de saint Camille de Tokan. Il s'agit entre autres de : cigarette, cannabis, café, drogue. La figure 2 nous montre la répartition des substances consommé par les patients.

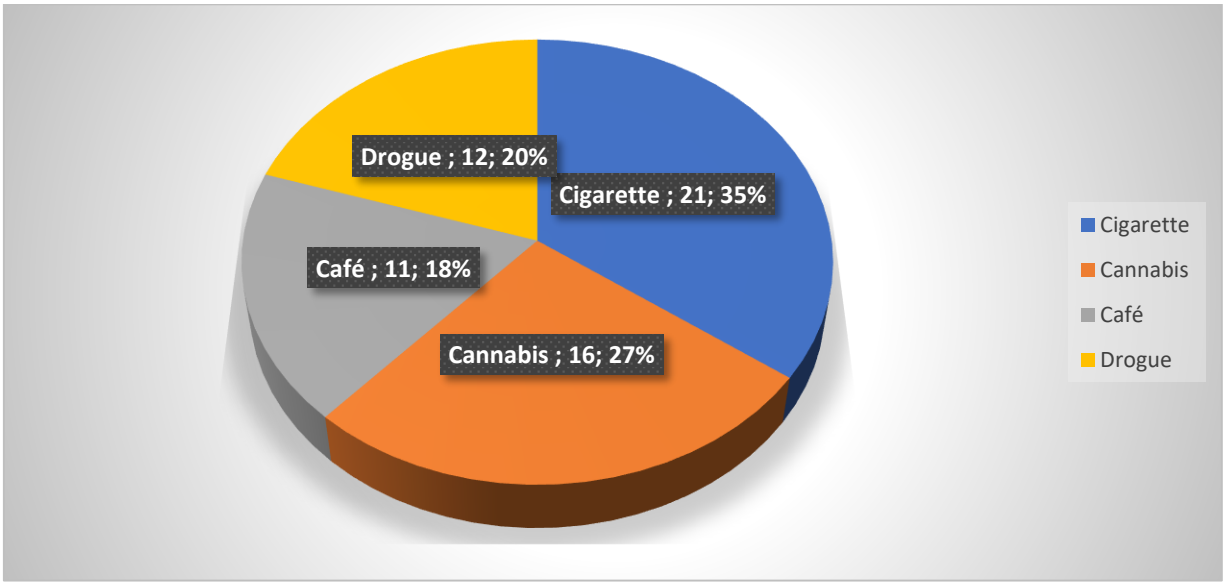

Figure 5 : Types de Substances psychoactives consommées par les patients de saint Camille de Tokan

Source : Travaux de terrain, novembre 2023

D'après cette figure, nous constatons que 35 % des patients préfère la cigarette, 20 % préfère la drogue, 27 % le cannabis et 18 % le café. Nous pouvons conclure que les patients de Saint Camille consomment plus la cigarette et la drogue. Lors des entretiens avec les patients on a relevé que les consommateurs de cigarettes ont exprimé un plaisir en consommant cette substance. Voici comment certains l'ont exprimé :

MonsieurX déclare

'' je me sens bien quand je prends la cigarette, tous mes soucis disparaissent

Monsieur S déclare :

''Quand je fume je me sens fort, je sens que tout le monde me craint ''

Monsieur G déclare :

'' Je me suis toujours senti seule, ceux avec qui je fume ont toujours été là pour moi donc pour leur faire plaisir je fume comme eux''

Monsieur D déclare :

''La drogue que je consomme me permet de bien travailler en tant que transporteur je suis fort toute la journée, je ne m'épuise pas au volant''

Monsieur F déclare :

''Malgré le traitement que j'avais reçu ici j'arrive à me défaire de la drogue, quand je ne consomme pas j'ai l'impression que quelque chose me manque''

Monsieur E déclare :

''Quand j'avais arrêté de prendre de la drogue j'entendais des voies qui me disaient que si je ne reprenais pas avec la drogue j'allais mourir''

3.1.4 Les pensées survenues et les situations qui auraient poussé les patients à la récidive chez les patients

Tableau III : Les pensées survenues et les situations qui auraient poussé les patients à la récidive chez les patients

Source : Travaux de terrain, novembre 2023

Pensées survenues	Situations	Effectifs	Pourcentages
Si je ne fume pas ils vont se moquer de moi	Retrouver ses anciens amis	15	25,00%
Je me sens seul	Solitude	20	33,33%
Je me suis faire virer, j'ai besoin de cannabis pour apaiser la colère que je ressens	Perte d'emploi	5	8,33%
Le cannabis va m'aider à oublier ce mal être que je ressens après avoir percuté cet enfant	Avoir percuté une personne sans le vouloir	4	6,67%
Ma fiancée m'a quitté	Déception amoureuse	7	11,67%
Avec un peu de café je pourrais être mieux éveiller au travail ainsi je pourrai supporter la pression	Pressions professionnelles	3	10,00%
Prendre de la drogue me permet de vaincre ma peur de parler en public	Parler en public	6	5,00%
Total		60	100%

Le tableau 3 présente les pensées survenues et les situations qui ont poussé à la rechute chez les patients. D'après ce tableau la récidive apparait face à une situation déplaisante pour le sujet. Quand la situation apparait des pensées comment à naitre de façon automatique. Ces pensées décrivent la croyance ou la perception que le sujet a de la situation. C'est ce qui va engendrer des émotions, qui seront à la base de la rechute.

3.1.4 Emotions ressenties face à ces situations

Tableau IV : Les émotions ressenties face à ces situations

Emotions ressenties	Effectifs	Pourcentages
Tristesse	10	33,33%
Culpabilité	20	16,67%
Honte	5	8,33%
Colère	15	25,00%
Anxiété	10	16,67%
Total	60	100%

Source : Travaux de terrains, novembre 2023

Des données de ce tableau on remarque cinq (5) types d'émotions négatives. Il s'agit de la tristesse ; de l'anxiété ; de la honte ; de la colère et de l'anxiété. De ce tableau on comprend que 33,33% de personnes rechutent à cause de la tristesse que l'évènement à engendrer en eux ; 16,67% à cause de la culpabilité, 8,33% à cause de la honte ; 25% pour cause de la colère et 16,67% pour cause d'anxiété. Ces émotions, surtout la tristesse (33,33%) constituent des risques de rechutes chez les patients de Saint Camille de Tokan.

3.1.5 Troubles anxieux

La figure 6 présente les principaux troubles anxieux diagnostiqués chez les patients de Saint Camille de Tokan

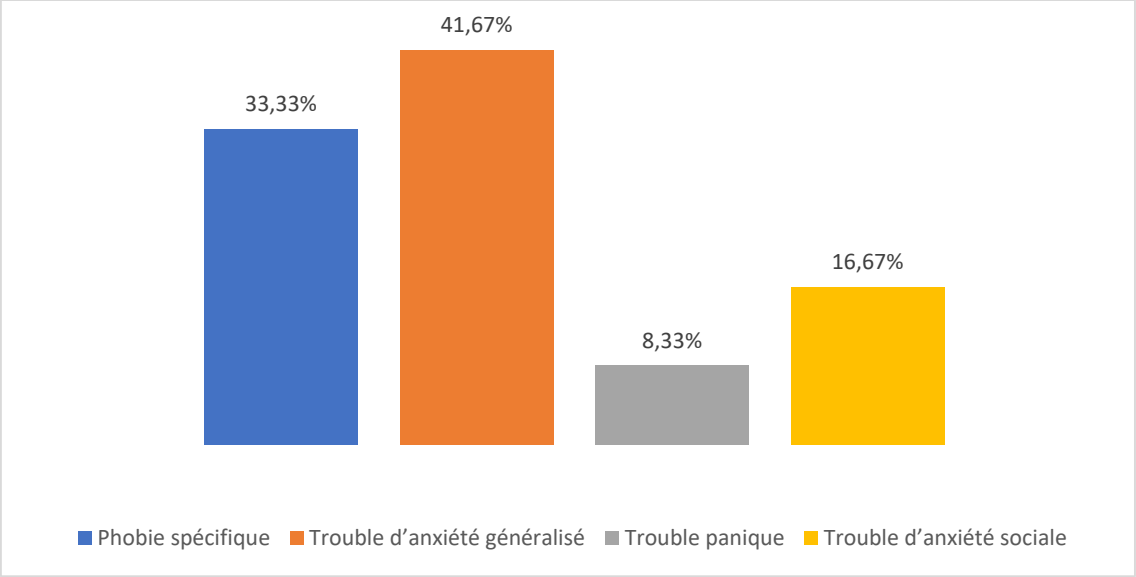

Figure 6 : Principaux troubles anxieux

Source : Travaux de terrain, novembre 2023

De cette figure on relève des types de troubles anxieux, il s'agit des phobies spécifiques ; des troubles d'anxiété généralisé ; des troubles paniques et des troubles d'anxiété sociale. Les donnés de ce tableau révèle que le trouble d'anxiété généralisé est le trouble anxieux dont la plupart des patients de l'association en situation de rechutes, souffrent.

3.1.6 Troubles de la personnalité

La figure 7 présente les troubles de la personnalité

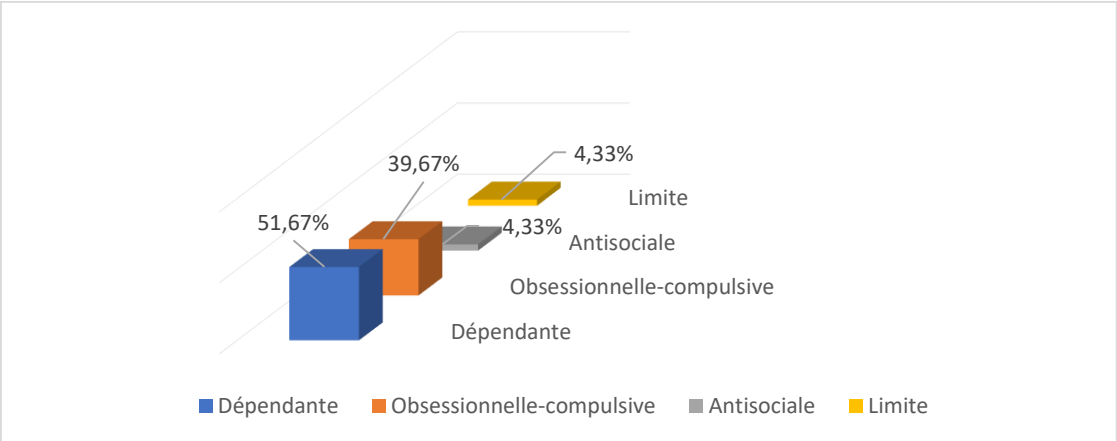

Figure 7 : Troubles de la personnalité

Source : Travaux de terrain, novembre 2023

D'après cette figure 51,67% des patients en situation de rechute souffrent de trouble de la personnalité dépendante, 39,67% souffrent de trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive, 4,33% pour les troubles de la personnalité antisociale et limite. On y note que la majorité des patients en situation de récidive souffrent de trouble de la personnalité dépendante.

3.1.8 Troubles affectifs, troubles de stress post-traumatique et troubles de l'humeur

La figure 8 présente les troubles de stress post-traumatique, les troubles affectifs et les troubles de l'humeur. Soit TA, trouble affectif ; TSP trouble de stress-posttraumatique et TH trouble de l'humeur.

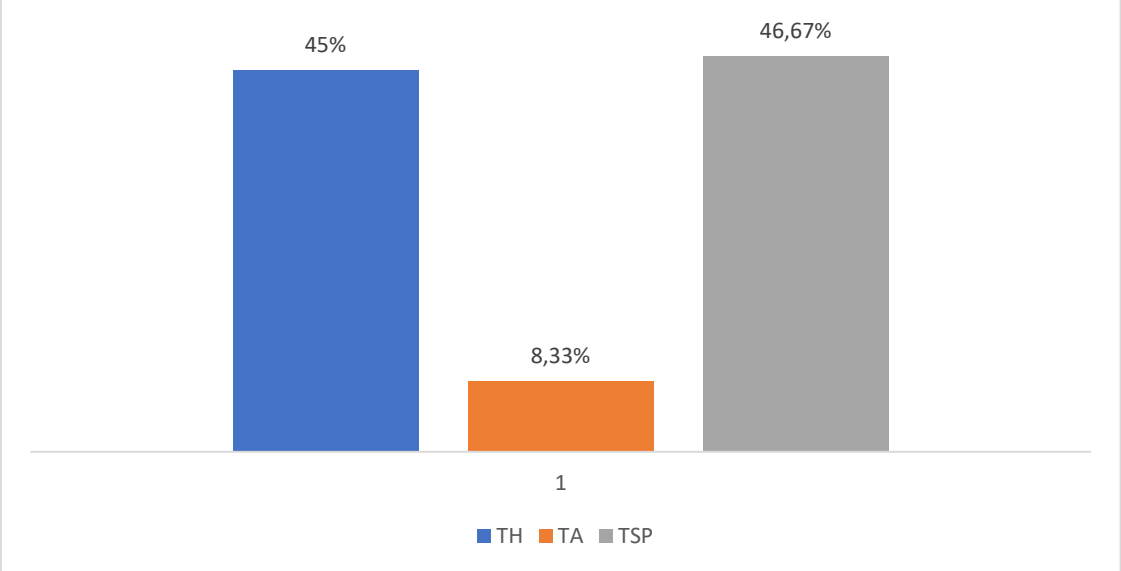

Figure 8 : Troubles affectifs, troubles de stress post-traumatique et troubles de l'humeur

Source : Travaux de terrain, novembre 2023

De l'analyse de cette figure on remarque que 45% des patients souffrent de TH, 8,33 de TA, et 46,67% de TSP. On en déduit que la plupart des patients souffrent de TSP.

3.2. Mesures de prévention adéquate pour prévenir ces facteurs de risques de récidives.

Ils existent plusieurs mesures de prévention adéquate pour prévenir les risques de récidives chez les patients de l'associations de saint Camille Tokan. Dans ce centre il y a cinq (05) corps professionnelles qui s'occupe des patients en situation de récidives. Il s'agit : des psychiatres, des psychologues, des éducateurs spécialisés, des infirmiers et les aides-soignants.

3.2.1. Selon les psychiatres

Ils conseillent de prendre régulièrement ses médicaments, essayer de venir les voir deux fois au moins le mois. En effet, les médicaments comme d'abord le disulfirame provoque des effets désagréables comme les nausées ; maux de tête en cas de consommation dissuadant ainsi la personne à prendre une substance psychoactive. Ensuite, l'acamprosate aide à maintenir l'abstinence en réduisant les symptômes de sevrages et en atténuant les envies de substances psychotoxiques). Puis, le Natrexone aussi bloque les récepteurs opioïdes impliqués dans la récompense associée à la consommation d'alcool, réduisant ainsi le plaisir ressenti ce qui peut limiter les récidives. Par ailleurs, le Varinclin peut être utilisé pour réduire les envies des de substances psychoactives. De plus, Modafinil bloque les effets agréables.

3.2.2. Selon les psychologues

Le role du psychologue dans l'accompagnement du toxicomane est crucial. Il peut aider le patient à comprendre les causes sous-jacentes de son comportement addictif, à développer des stratégies de gestion des émotions et du stress, et à reconstruire sa vie sans substances toxiques. Le psychologue peut également fournir un soutien psychologique continu, aider à renforcer la motoivation au changement et travailler en collaboration avec d'autres professionnels de la santé pour assurer un traitement holistique et efficace**.**

3.2.3 Selon les éducateurs spécialisés

Comme mesures de prévention les éducateurs spécialisés proposent aux patients de repérer les loisirs qui leur procure du plaisir de pratiquer ceux-ci quotidiennement. Au cours des travaux de terrain j'ai remarqué que les professionnels de la santé et de la santé mentale à Saint Camille de Tokan incitait les patients à :

-Prendre régulièrement leur médicament même après leur libération,

-Participez aux thérapies groupales

-Pratiquez régulièrement d'activité physique

- Utilisez le guide pratique des thérapies cognitives et comportementales D.Greenberg(2015). « Le grand livre des thérapies cognitives et comportementales », Edition Thierry SOUCCAR, 2015, Page 43.

3.3 Vérification des hypothèses

Tout en tenant compte du critère de validation des hypothèses on procédera à la vérification des hypothèses formulées. L'objectif de cette vérification est de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises.

3.3.1 Vérification de l'hypothèse 1

De l'analyse des résultats, il ressort que 20 % récidive à cause d'une situation de deuil, 8,33 % à cause de perte d'emploi, 11,67 % à cause des conflits familiaux, 25% à cause des mauvais entourages, 10% à cause des pressions professionnelles. De tout ce qui précède, l'hypothèse stipulant qu'une mauvaise gestion des émotions face aux évènements stressants de la vie tels que le deuil, perte d'emploi, conflits familiaux, peuvent déclencher des risques de récidives est validée.

3.3.2 Vérification de l'hypothèse 2

L'analyse des résultats ressort que les professionnels de la santé mentale à Saint Camille de Tokan utilisent des méthodes de prévention propres à leurs domaines.

Pour prévenir les risques de récidives chez les patients de l'association Saint Camille de Tokan. De tout ce qui précède, l'hypothèse stipulant que des mesures de préventions adéquate ne sont pas appliqué au association Saint Camille de Tokan pour prévenir les facteurs de risques de récidives n'est pas donc validée.

CHAPITRE 4 : DISCUSSIONS DES RESULTATS OBTENUS

L'analyse des données obtenues à partir du questionnaire que nous avons utilisés nous a permis d'observer que les patients en situation de récidives dans le association Saint Camille de Tokan sont pour la plupart de la tranche d'âge situé entre 26 et 35ans. A cette tranche d'âge les jeunes connaissent des pressions sociales ou encore familiale qui crées en eux le stress, ce qui augmente leur vulnérabilité aux substances psychoactives. En effet, les substances psychoactives stimulent le cerveau et procure un sentiment de bien-être. Ce qui engendre une dépendance stimulant la production de dopamine par une substance chimique présente dans le cerveau (M. Herie, PH. D and all dans le guide d'information). Ce mécanisme est encore plus accru chez les personnes de la tranche d'âge de 26 ans-35ans. Leur organisme est plus apte à la production de dopamine lors des consommations des substances psychoactives. Toujours dans l'analyse des données obtenues à partir du questionnaire, on remarque que les personnes célibataires sans enfant occupent le pourcentage le plus élevé par rapport aux autres situation matrimoniale. Il s'agit de 30% de célibataire sans enfant. Cela nous renvoie à une comorbide entre la situation matrimoniale et la tranche d'âge par le fait qu'entre 26 et 35 ans le fait de pas être marié dans notre société africaine peut paraitre problématique. Cette pression à un certain niveau peut également agrandir le risque que la personne rechute dans les substances psychoactives. De même les déceptions amoureuses ou des vies de couple non stables peuvent amener les patients à se réfugier dans les substances psychoactives. Par ailleurs, les patients avec un niveau secondaire d'instruction constituent 48,33% de la population étudiée. Par les verbatims de ces patients on note que le chômage constitue un stress pour ces patients. D'autant plus qu'on est dans un pays ou le taux de chômage n'est pas négligeables. Toujours dans cette logique on constate que le niveau d'instruction secondaire vient confirmer la théorie sur la neurobiologie des substances psychoactives. En effet, avec leur niveau d'instruction ils sont censés avoir quelques connaissances des risques des substances psychoactives et surtout en tant que patients en situation de rec hutes ils ne doivent pas être ignorants à ce sujet. Mais à cause du mécanisme neurobiologique qui se produit, ils rechutent. De plus, 95% d'hommes sont en situation de récidives par rapport aux femmes. Cela indique que les hommes sont plus sujets à la toxicomanie par rapport aux femmes. Ainsi, ils sont

les plus disposés aux risques de récidives. Cela confirme que les hommes et les femmes ne sont pas égaux face à l'addiction, bien qu'à la naissance, leurs cerveaux soient identiques. Les hommes boivent, fument et se droguent plus que les femmes. En effet, une grande partie des différences de troubles addictifs entre les sexes s'explique par des raisons culturelles : le regard sur les femmes qui fument n'est pas le même que sur les hommes, et les pressions de la société s'exercent plus fortement sur une femme dépendant aux substances psychoactives A.Brunel, Président de la Fédération pour la Recherche sur le Cerveau dans Quand mon cerveau devient accro. Edition 2012). Par les verbatims on remarque que le cannabis ou le café sont consommés par des pères de famille. Ils récidivent dans ces substances parce qu'ils ont besoin de se rassurer de pourvoir toujours être au meilleur de leur forme au boulot afin de subvenir aux besoins de leurs enfants. On a également noté que des évènements tels que le deuil (26,67%) ; les pertes d'emploi (10%); les conflits familiaux (13,33%); le mauvais entourage(30%) et la pression professionnelle(20%) représente les causes principales de rechute. C'est dans ce sens que D.Greenberg(2015) dans son livre « les grands livres des thérapies cognitives et comportementales », explique que lors de ces évènements, des pensées automatiques naissent, elles mettent en exergue la croyance, les perceptions que l'individu se fait de cet évènement. Ce sont ces croyances qui détermineront le type d'émotion que ressentira l'individu. Dans les résultats de notre questionnaire nous avons déterminé 5types d'émotions formé lors de ces évènements. Il s'agit de la tristesse (10%) ; la culpabilité (16,67%) ; la honte (8,33%) ; la colère (25%) ; l'anxiété (16,67%). Ce sont ces émotions qui rendent davantage apte le patient à rechuter. C'est dans ce sens qu'il peut donc être difficile de modifier sa consommation de substances psychoactives. Notamment parceque ces substances ont généralement des effets positifs au départ. Par exemple certaines personnes se sentent bien, ont davantage confiance en elles et oublient leurs problèmes lorsqu'elles prennent des substances psychoactives. Ce qui nous renvoie à un aspect dimensionnel de la personnalité et du tempérament. Le trait de personnalité « recherche de sensations », identifié par M.Zuckerman (2005), notamment les facteurs « désinhibition » et « susceptibilité à l'ennui » qui le constituent, ainsi que la dimension « recherche de nouveauté » selon Cloninger (1988) sont clairement impliqué dans les rechutes.

En effet, chez les patients en situation de rechute on a remarqué une comorbidité entre les troubles affectifs, troubles anxieux et troubles de l'humeur.

Pour les troubles anxieux il y a la phobie spécifique (33,33%) ; le trouble d'anxiété généralisée (41,67%) ; et le trouble d'anxiété sociale (16,67%) et le trouble panique (8,33%). On y relève que le trouble d'anxiété généralisée est celui dont souffre la plupart des patients en situation de récidives.

Le trouble d'anxiété généralisé se caractérise par un sentiment d'insécurité constant. Les patients craignent et attendre le pire, puis ils réagissent de façon excessive au moindre stimulus. Elle se caractérise par l'agitation, la fatigue, les difficultés de concentration, l'irritabilité, tension musculaire et des perturbations de sommeil. Ce sont ces symptômes qui se remarquent chez les patients diagnostiqués. Le recourt aux substances psychoactives est donc l'une des possibilités pour se débarrasser de ces symptômes.

Les troubles anxieux peuvent donc favoriser les récidives chez les patients.

Pour les troubles affectifs ils concernent des douleurs qui concerne l'enfance mais qui affecte la vie de l'individu adulte. Ils constituent également un risque de récidive.

Pour les troubles de l'humeur ils peuvent se produire dans le sens négatif(dépression), dans le sens positif(euphorie) ou dans le sens d'une indifférence thymique. Des émotions mal gérées peuvent entrainer ces symptômes, dans le long terme. Cela pourrait alors constituer des risques de rechutes aux substances psychoactives, qui seront perçues par le patient, comme moyen de se sentir mieux.

En outre, les troubles de personnalité tels que le trouble de la personnalité dépendante ; trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive ; trouble de la personnalité antisociale ; trouble de la personnalité limite, constituent des moteurs favorisant les rechutes chez les patients. C'est ce que confirme (Verheurl,2001 ; De Graaf ; Bijl et coll, 2004) quand ils expliquent que ces troubles de personnalité constituent des facteurs de vulnérabilité à l'addiction.

De même les troubles de stress post traumatique exposent davantage les patients à la rechute. Par le fait que lorsque l'individu est exposé aux stimulus qui ont causé en lui le

trauma, des émotions négatives ressenti mal géré peuvent favoriser la rechute aux substances psychoactives.

On a relevé que parmi les quatre substances psychoactives (cannabis 21,25% ; drogue12,20% ; cigarette21,35% ; café 11,18%) étudier dans notre recherche, celle le plus consommé par les patients de l'association Saint Camille de Tokan est la cigarette. Les patients qui consomment le plus sont ceux de la tranche de 18-25ans D'autres consomment de la cigarette pour composer, à court terme, avec des sentiments pénibles ou douloureux. Une personne qui prend la cigarette peut avoir l'impression que ces problèmes sont moins graves. (M.Herie, PH. D and all dans le guide d'information). Lors des entretiens on a remarqué que la plupart des patients qui ont rechuté avec la toxicomanie étaient des pères de famille. Ils avoué que le cannabis ou encore le café les aide à être plus éveillé au travail. La plupart étaient des conducteurs de camions et d'autres métiers allant dans le même sens. Ils ont besoin de se sentir au top de leur formes pour produire un meilleur rendement au travail et donc pourvoir subvenir aux besoins de leur famille.

Au cours de notre enquête on a relevé également que les professionnels de la santé mentale ont des méthodes propres à leurs domaines pour prévenir les risques de récidives. Les psychiatres ont leur méthode, les psychologues et les éducateurs spécialisés. Continuer les traitements tant psychiatriques que psychologiques favorise les préventions contre les risques de récidives. Des facteurs de protection sont également mise en place. Ils insistent sur les facteurs psychoaffectifs et psychosociaux favorisant le sujet à s'adapter, à traverser des expériences personnelles plus ou moins douloureuses. Ces techniques bien qu'efficace, elles restent à améliorer pour avoir un meilleur résultat sont à critiquer parceque cela n'empêche pas les récidives.

3.5 Perspectives

- Sensibiliser les patients en situation de récidive
- Les séances et les campagnes de sensibilisation seront organisées par les centres intervenants dans la prise en charge des patients en situation de récidives.
- Eviter d'être dans les moments de stress

- Cette mesure est applicable à travers les sensibilisations puis en incitant les patients à être dans l'enthousiasme

➢ Maitriser les techniques de relaxation

- Appliquer ses techniques de relaxation quand on sent stresser et si possible tous les matins

➢ Être régulier aux thérapies

- Ajouter ses thérapies dans son agenda et être régulier au centre

➢ Avoir des psychologues réguliers pour l'écoute

- Mettre à disposition des patients des psychologues ou stagiaires pour les écouter régulièrement, les rendre de temps en temps visite et partager le bonheur avec eux

➢ Faire des thérapies familiales

- Inclure les parents ; amis etc, dans les thérapies pour une vie familiale

➢ Prévoir des ateliers de formation idéal pour les patients

- Mettre des ateliers de cuisine, de couture ou de cuisine dans le centre

➢ Faire une éducation dans des structures sur les stress liés au travail et leur impact sur la santé mentale

- Faire une sensibilisation au niveau des entreprises pour les informer que le bien-être des employés garantit la productivité de l'entreprise, aussi leur expliquer les méthodes pour assurer le bien-être de leur employé

➢ S'entourer avec des personnes positives

- Choisir un entourage qui ne vous rappel pas de mauvais souvenirs, qui ne vous rabaisse pas ou encore qui vous pousse à retomber dans les substances psychoactives

➢ Avoir un bon sommeil

- Dormir au moins pour 7h de temps

➢ Bien s'alimenter

- Boire beaucoup d'eau, et manger équilibré

CONCLUSION

La présente recherche a permis d'analyser les facteurs de risques de récidives chez les patients de l'association de Tokan. Pour y parvenir, les principaux concepts ont été cernés grâce à la littérature puis triés à l'aide des entretiens individuels à base du questionnaire adressé à l'endroit des patients et du corps professionnel de l'association Saint Camille de Tokan. Les données quantitatives et qualitatives utilisées dans cette étude sont collectées auprès des patients et du corps professionnel constituants notre échantillon définitif. Le traitement des données a été effectué à l'aide des logiciels bureautiques Microsoft Word, Excel (2016). Il faut noter que l'addiction est un phénomène complexe dans le sens que l'on peut s'en défaire et ensuite rechuter si on n'est pas bien armé. Il est donc crucial de comprendre les multiples facteurs de risque de rechute chez les patients de l'association Saint Camille de Tokan. En intégrant une approche holistique qui englobe les aspects psychosociaux on remarque 26,67 % récidive à cause d'une situation de deuil, 10 % à cause de perte d'emploi, 13,33 % à cause des conflits familiaux, 30 % à cause des mauvais entourages, 20 % à cause des pressions professionnelles. Cela engendre des émotions dites négatives sous tendu par des pensées de même nature. Il s'agit de la tristesse ; culpabilité ; honte ; anxiété. L'émotion qui domine le plus chez les patients de l'association Saint Camille de Tokan, est la tristesse (33,33%). Plusieurs troubles accompagnent ces émotions. Il s'agit des troubles d'anxiété ; des troubles de l'humeur ; des troubles affectifs ; des troubles de personnalité et des troubles de stress post-traumatique. Parmi ces troubles, l'anxiété généralisé (41,67%) ; la personnalité dépendante (51,67%) ; et les troubles de l'humeur (45%), font partie des troubles dominants chez les patients en situation de récidives du centre Saint Camille de Tokan. Les substances psychoactives, de part leur fonction neurobiologique qui produit la satisfaction, elles sont le plus consommées par des patients de sexe masculin d'une tranche d'âge de 26-35ans ; des célibataires sans enfant ; les personnes avec un niveau d'étude du secondaire. Il existe plusieurs mesures de prévention adéquate pour prévenir les risques de récidives chez les patients. Il s'agit des thérapies groupales, consultation psychologique, et prendre régulièrement ses médicaments. Les professionnels tentent d'améliorer les stratégies de prévention et de gestion des rechutes, contribuant ainsi à l'amélioration d'une meilleure résistance face

aux substances psychoactives. Ces méthodes de prévention passent par la sensibilisation ; des guides pratiques de gestion des émotions etc. Des résultats de ce travail, on note que notre premiere hypothèse de recherche est confirmée. Par contre notre deuxieme hypothèse est infirmée. Plusieurs auteurs ont aussi abordé le sujet juste que les divergences sont remarquées. Il faut noter que cette situation impacte négativement la jeune génération. Majoritairement celle de 18 à 35ans en est touchée et est vulnérable. En promouvant la sensibilisation des patients en situation de récidive, en appliquant des techniques de relaxation quand on se sent stresser et si possible tous les matins, en étant régulier aux thérapies (individuels ; groupales ou familiales) on pourrait réduire des risques de rechute chez les patients toxicomanes. Néanmoins il faut souligner qu'une forte amélioration des méthodes préventives par les professionnelles pourrait aider les patients à éviter davantage les situations de rechute.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

A. Brunel.(2012) président de la Fédération « Fédération pour la recherche du cerveau », Edition 2012,Page 3.

A. Ouedraogo. (2016) « *Guide pratique pour la prise en charge de la toxicomanie en Afrique de l'Ouest »*. Edition , 2015, Page 381-389.

C.Cloniger. (2001) « *l'année psychologique* » Psychiatre américain.Edition 2001, Page 72.

D. Le Bretson. (2012) « *Le contrecorps de la toxicomanie* », in Des drogues aux addictions. Shooter les représentations. Edition 2011, Page 55.

D.Greenberg(2015). « *Le grand livre des thérapies cognitives et comportementales* », Edition Thierry SOUCCAR, 2015, Page 43.

J.Besson. (2018) « *addiction chez les jeunes* ».Edition Lausanne, 2017, Page 23.

J.Fafolahan(2020) « *Prise en charge de la toxicomanie dans l'USUT du CNHUP Cotonou-Jacquot »*. Edition, 2020, Page 54.

J.Scuvée Moreau(2014) « *Neurobiologie de l'addiction* ». Edition 2014, Page211.

J. Quintin. (2013) « *Ethique et toxicomanie* ». Edition Liber, 2012, Page 206.

N.Sillamy. (1998) « *Dictionnaire de psychologie* ». Edition Bordas, 1997, page 42.

P. Pharo. (2012) « *Bien-être et dépendances* », issu d'une conférence plénière présentée aux rencontres de Biarritz colloque Européen et International Toxicomanies Hépatites SIDA edition, 2011, Page 34.

S.Carton. (2005) «*Recherche de sensations quel traitement de l'émotion* ». Edition 2005, Page 62.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE POUR LE THEME « LES FACTEURS DE RECIDIVES CHEZ LES PATIENTS TOXICOMANES DE L'ASSOCIATION SAINT CAMILLE DE TOKAN ».

Questionnaire pour les patients

Le présent questionnaire s'inscrit dans le cadre d'une recherche intitulé « les facteurs de risques de récidives chez les patients toxicomanes de Saint Camille de Tokan ». Ce travail contribuera à déterminer les facteurs qui exposent les toxicomanes de Tokan à des risques des récidives.

Indiquez votre réponse en choisissant la lettre correspondante.

Q1Quelle est votre tranche âge ?

a- 18ans-25 ans
b- 26-35 ans
c- 36-45 ans
d- 46 ans et plus

R1-

Q2 Quelle est votre situation matrimoniale ?

a-Célibataire sans enfant

b-Célibataire avec enfant

c-Marié

d-Divorcé

e-veuf/Veuve

R2-

Q3Quel est votre niveau d'instruction

a-Primaire

b-Secondaire

c-Universitaire

Autre (veuillez préciser……

R3-

Q4Quelle est votre sexe ?

a-Féminin

b-Masculin

R4-

Q5Quelle est votre ethnie ?

a-Fon

b-Mina

c-Adja

-Autre(préciser)……

R5-

Q6Avez vous déjà toucher aux substances psychoactives après votre libération ?

a-Oui

b-Non

R6-

Q7- Si oui, Combien de fois ?

a-1 à 3

b-3 à 6

c-6 à 10

-Autre(préciser)……

R7-

Q8 Quel type de substances psychoactives avez-vous utilisés ?

a-Cigarette

b-Cannabis

c-Café

d-Drogue

R8-

Q9 Pouvez- vous dire les situations qui ont déclenché en vous l'envie de fumer ?

a-Retrouver ses anciens amis

b-Conflits familiaux

c-Deuil

d-Perte d'emploi

e-Avoir faire quelque chose de mal

f-Je vis une déception amoureuse

g-Parler en public

f-Pressions professionnelles

Autre……

R9-

Q10 Quelles sont les émotions que vous avez ressenties ?

a-Tristesse

b-Anxiété

c-Culpabilité

d-Honte

e-Colère

Autre……

R10-

Q11 Quelles sont les pensées qui vous ont animé pendant la situation ?

……
……

……

Q12 Est-ce que vous avez reçu des méthodes des professionnels de l'association Saint Camille de Tokan, pour lutter par vous-même contre les facteurs de risques de récidives

a-Oui

b-Non

R12-

Merci pour votre participation

Questionnaire pour les professionnels de soin de santé mentale

Le présent questionnaire s'inscrit dans le cadre d'une recherche intitulé « les facteurs de risques de récidives chez les patients toxicomanes de Saint Camille de Tokan ». Il est adressé aux professionnels de soin de la santé mentale de ce centre

Indiquez la lettre qui correspond à votre réponse.

Q1Quel est votre âge ?

a-18ans-25 ans

b-26-35 ans

c-36-45 ans

d-46 ans et plus

R1-

Q2 Quelle est votre situation matrimoniale ?

a-Célibataire sans enfant

b-Célibataire avec enfant

c-Marié

d- Divorcé

e-Veuf/Veuve

R2-

Q3 Quel est votre ethnie ?

a-Fon

b-Mina

c-Adja

Autre(préciser)……

R3-

Q4Quel est votre sexe ?

a-Féminin

b-Masculin

R4-

Q5Quel est votre rôle auprès des patients toxicomanes ?

a-Psychologue

b-Psychiatre

c-Infirmier

d-Educateur spécialisé

Autre(préciser)……

R5-

Q6 Sur une échelle de 1 à 10 quelle est l'estimation du nombre de patients en situation de rechute ?

……

Q7 Il y a-t-il des méthodes de prévention contre les risques de rechutes ?

a-Oui

b-Non

R7-

-si oui, préciser

……

Q8 Etes-vous confrontés à des défis en tant que professionnel de la santé mentale lorsqu'il s'agit de prévenir les risques de récidives ?

a-Oui

b-Non

-Si oui, citez -les

…….

R8-

Q9 Quels sont les troubles identifiés chez les patients en situation de rechutes ?

a-Troubles d'anxiété

b-Troubles de l'humeur

c-Trouble de stress post-traumatique

d-Trouble affectif

e-Troubles de la personnalité

Autre(Préciser)……

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....2

In memorium ..... **Erreur ! Signet non défini.**

Dédicace.....3

Remerciements.....4

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES 5

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....6

Résumé.....7

Abstract 7

Introduction ..... **Erreur ! Signet non défini.**

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE10

1.1. Cadre institutionnel du stage.....10

1.1.1. Présentation de l'association Saint Camille de Tokan 10

1.1.1.1. Historique.....10

1.1.1.2. Mission du centre.....11

1.1.13. Activité menée.....12

1.1.1.4 Structure organisationnelle 13

1.2. Déroulement du stage 14

1.2.1 Services parcourus et travaux effectués 14

1.2.2. Acquis du stage 15

1.2.4 Problèmes rencontrés lors du stage.....16

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE ADOPTEE 17

2.1. Cadre théorique de la recherche 17

2.1.1 Problématique.....17

2.1.1.1Hypothèse Générale.....20

2.1.1.1.1 Hypothèse Spécifique 1 20

2.1.1.1.2Hypothèse Spécifique 2 20

2.1.1.2Objectif Général 20

2.1.1.2.1Objectif Spécifique1 20

2.1.1.2.2 Objectif Spécifique 2 20

2.1.2 Intérêt de la recherche 20

2.1.3 Revue de littérature 21

2.2 Approche méthodologique de la recherche 25

2.2.1 Nature de la recherche 25

2.2.2 Population cible 26

2.2.3 Technique d'échantillonnage 26

2.2.4 Variable opérationnelles 26

2.2.5 Technique et outil de collecte de donnés 26

2.2.3.1 Recherche documentaire 27

2.2.2.3.2 L'entretien 27

2.2.3.3 L'administration du questionnaire 28

2.2.3.4 Observation 28

2.2.3.4 Outils de collecte des données 28

2.2.3.4.1 Fiche de lecture 29

2.2.3.4.2 Guide d'entretien 29

2.2.3.4.3 Grille d'observation 29

2.2.3.4.4 Fiche d'observation clinique 29

2.2.3.4.5 Dossier médical 29

2.2.5 Modes de dépouillement, de traitement et d'analyse des donnés 29

2.2.6 Considérations déontologiques et éthiques 30

2.2.7 Difficultés éprouvées.....30

CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE DES RESULTATS DE LA RECHERCHE.....31

3.1 Facteurs psychosociaux déclenchent des risques de récidives chez les patients de l'associations de Tokan.....31

3.1.1. Profil sociodémographique des répondants.....31

3.1.2Les facteurs psychosociaux sources de récidive chez les patients.....34

3.1.3 Types des substances consommées par les patients.....35

3.1.4 Les pensées survenues et les situations qui auraient poussé les patients à la récidive chez les patients.....36

3.1.4 Emotions ressenties face à ces situations.....37

3.1.5 Troubles anxieux.....38

3.1.6 Troubles de la personnalité.....38

3.1.8 Troubles affectifs, troubles de stress post-traumatique et troubles de l'humeur 39

3.2. Mesures de prévention adéquate pour prévenir ces facteurs de risques.....39

3.2.1. Selon les psychiatres.....40

3.2.2. Selon les psychologues.....40

3.2.3 Chez les éducateurs spécialisés.....40

3.3 Vérification des hypothèses.....41

3.3.1 Vérification de l'hypothèse 1.....41

3.3.2 Vérification de l'hypothèse 2.....41

CHAPITRE 4 : DISCUSSIONS DES RESULTATS OBTENUS.....42

3.5 Perspectives.....45

CONCLUSION.....47

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....49

ANNEXES.....50

Table des matières 55