UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI
(UAC)
****
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
(FASHS)
****
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
(DP)
****

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE
****

THEME :

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES PERSONNES TOXICOMANES AU CNHUP-C

Présenté par :

KASSA Tamaripouahan Alphonsine

Tuteur de stage :

Professeur Elvyre KLIKPO
Médecin psychiatre

Maître de Mémoire :

Dr Ornheilia ZOUNON
Enseignant-Chercheur

***Membres du jury* :**

Président : Dr Ornheilia ZOUNON

Examinateur : Dr Niminoua Anselme TCHANSI KOUAMBER

Rapporteur : Dr Modeste OGNIN

Mention : Très bien

Soutenu le 29 Février 2024

Année Accademique : 2023-2024

SOMMAIRE

SOMMAIRE……..... 2

IN MEMORIUM……..... 3

DEDICACE……..... 4

REMERCIEMENTS…….. 5

LISTE DES TABLEAUX…….. 6

LISTE DES FIGURES……..... 7

RESUME……..... 8

ABSTRACT……..... 8

INTRODUCTION……. 9

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE…… 11

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE…….. 22

CHAPITRE III : PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS…. 37

CONCLUSION……..... 57

SUGGESTIONS……..... 59

REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES……..... 60

ANNEXES……... 63

TABLE DES MATIERES……... 65

IN MEMORIUM

En mémoire d’Abina SAMBIENI, ma mère

DEDICACE

Je dédie ce travail de recherche à mon père Tchari KASSA

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche en Sciences Humaines et Sociales ne saurait être achevé sans la contribution inestimable de nombreuses personnes qui m'ont manifesté leur amour et leur soutien. A cet égard, je tiens à exprimer mes profondes gratitudes:

-Au docteur Ornheilia ZOUNON, chef du département de psychologie pour nous avoir permis d'acquérir une expérience pratique sur le terrain et de mettre en action la théorie enseignée en classe; mon maître de mémoire qui a consenti à diriger cette étude et m'a effectivement donné un encadrement de rigueur dont je suis satisfaite.

-A tous les enseignants de la FASHS, en particulier ceux du département de psychologie pour la qualité de l'enseignement reçu.

-A monsieur André OMORES pour m'avoir aidé à trouver un lieu de stage.

-Au professeur Grégoire Magloire GANSOU, directeur du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C) pour son accueil et ses précieux conseils et accompagnements.

-Au professeur Elvis KLIKPO, mon maître de stage.

-A tous les psychologues du CNHUP-C, en particulier le psychologue Codjo DJANKPA pour sa disponibilité, son accompagnement, son encadrement et ses conseils du début jusqu'à la fin de mon stage.

-Au major Emmanuel YAVOEDJI sans qui mes recherches ne seront pas terminées de ci-tôt.

-A la psychologue Hurlermine LODONOU qui m'a ouvert les portes de de UST (Unité de Soins aux Toxicomanes) pour mes enquêtés.

-A tous les médecins psychiatres, infirmiers et à tous le personnel administratif du CNHUP-C

-Au père Ephrem DANNON, père Boris Nounagnon KPENETOUN et au père Achille Sourou LANVIWANOU,

-A tous les ainés, camarades et amis de promotion en psychologie qui m'ont apporté leur aide;

-Enfin, que les personnes dont les noms n'ont pas été mentionnés dans ce document, mais dont les contributions m'ont permis d'enrichir mon travail trouvent ici l'expression de ma reconnaissance et de ma gratitude.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Réparation des patients selon le sexe 37
Tableau II : Répartition des patients selon lâge 37
Tableau III : Répartition des patients selon les croyances religieuse 38
Tableau IV : Répartition des patients selon l'activité professionnelle 38
Tableau V : Répartition des patients selon l'état civil 39
Tableau VI : Répartition des patients selon le niveau intellectuel 39

LISTE DES FIGURES

Figure I : Répartition des patients selon l'ethnie..... 40
Figure II : Répartition des patients selon les drogues déclarées consommées..... 41
Figure III : Répartition des patients selon les circonstances du début de consommation..... 42
Figure IV : Répartition des patients selon la nature des signes..... 42
Figure V : Répartition des patients selon les antécédents 44
Figure VI : Répartition des patients selon l'âge du début de consommation..... 45
Figure VII : Répartition des patients selon la provenance des drogues 45
Figure VIII : Répartition des patients selon le type de consommation 46
Figure VIV : Répartition des patients selon la fréquence de consommation 46
Figure X : Répartition des patients selon le type d'antécédents 47

RÉSUMÉ

Dans le cadre des activités pédagogiques de fin de cycle de licence en psychologie à l'Université d'Abomey Calavi (UAC), nous avons été emmenés à effectuer un stage au centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C). Ce stage d'une durée de quatre semaines a été structuré par une réflexion portant sur le thème '*Prise en charge psychologique des personnes toxicomanes au CNHUP-C*. Afin de mener à bien notre travail, nous avons décidé d'adopter une démarche mixte à dominance qualitative, en nous appuyant sur des entretiens semi-structurés et des observations avec quelques patients toxicomanes et administré des questionnaires à quelques psychologues du CNHUP-C. En effet, nous avons pu interviewver 40 patients toxicomanes et administré des questionnaires à 5 psychologues. Les résultats ont permis de dire que la toxicomanie s'inscrit dans plusieurs pathologies différentes. De plus, dans beaucoup de cas, il s'organise autour de l'idée de délire. Il convient que le psychologue accompagne le patient à analyser de manière profonde le problème de la toxicomanie afin d'instaurer une relation d'aide efficiente.

Mots clés: Toxicomanie, délire, pathologies, efficience.

ABSTRAT

As part of the culminating pedagogical activities for the psychology bachelor's degree at the University of Abomey Calavi (UAC), we undertook an internship at the National University Hospital Center for Psychiatry in Cotonou (CNHUP-C). This four-week internship was structured around a contemplation of the theme 'psychologycal Intervention for Individuals with Substance Abuse at CNHUP-C'. To execute our work effectively, we opted for a mixed-methods approach, predominantly qualitative, leveraging semi-structured interviews and observationswith select substaance-abusing patientsa and administered questionnaires to some psychologists at CNHUP-C. In fact, we were able to interview 40 patients and administered questionnaires to 5 psychologists.The findings assert that substance abuse manifests within various pathologies. Furthermore, in numerous instances, in manifests in connection with delusional ideation. It is imperative for the psychologist to guide the patients in a profound analysis of the intricacies of substance abuse to establish an efficacious therapeutic relationship.

Keywords : Substance abuse, delusion pathology, efficacy.

INTRODUCTION

Devenue depuis quelques années une thématique très diffusée dans les médias, la toxicomanie ressemble à des comportements avec des caractéristiques communes, malgré la diversité des formes que prend désormais cette problématique. Ainsi, elle demeure toujours un délit et un fléau social, (Valérie Locher, 2018) ; puisqu'elle est présentée comme épidémie susceptible d'emporter la jeunesse (A. Arnault, 2013). C'est en cela qu'elle suscite beaucoup de polémiques. D'ailleurs, d'après le rapport annuel de l'ONUDC (Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), paru en juin 2013, environ 280 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans ont consommé au moins une drogue, soit une augmentation de 26% en dix ans. De l'autre côté, Zachary et al., (2012), dans son article, Demande et consommation de drogues en Afrique examine les prévisions de la modélisation des tendances entre 2018 et 2050 dans principalement deux grandes régions qui sont l'Afrique de l'Est et l'Afrique de l'Ouest. Le rapport réalisé dans le cadre de cette recherche montre que d'ici 2050, environ 14 millions d'Africains consommeront des stupéfiants en Afrique Subsaharienne. C'est la région du monde qui connaitra l'augmentation la plus importante du nombre absolu de consommateurs de drogues. Ces préoccupations hétérogènes ont en commun le crime organisé transnational qui est cœur du marché mondial de la drogue. Toutefois, même si l'élévation du taux de prévalence ne semble pas remarquable, la croissante rapide de la population prévu en Afrique Subsaharienne entre 2018 et 2050 suppose que le continent connaitra la plus forte augmentation du nombre absolu de consommateurs en millions de personnes, surpassant toutes les autres régions du monde. La consommation illégale de drogues pose problème redoutable aux gouvernements africains, tant du point de vue répressif qu'en terme de santé publique (ONUDC). Par ailleurs, le Bénin, de par sa position géostratégique n'est pas épargné malgré les efforts soutenus du gouvernement dans le domaine de la répression du trafic illicite de la drogue et celui de la prévention et du traitement de la toxicomanie. (Alassane Seydou, Ministre béninois de l'intérieur et de la sécurité publique, (2021). Dans l'optique d'élargir et confronté nos connaissances acquises à la cour de notre apprentissage et en tant qu'assistant psychologue de mieux comprendre la prise en charge des toxicomanes, nous avons choisi porté nos travaux de fin de formation sur le sujet intitulé : « *Prise en charge psychologique des personnes toxicomanes au CNHUP-C* ». Il faut noter que le CNHUP-C regorge plusieurs types de toxicomanes. Ainsi, la rédaction du présent rapport de stage s'articule autour de quatre chapitres. Au premier chapitre, il présente le cadre institutionnel et le déroulement du stage au CNHUP-C. Au deuxième chapitre, le cadre d'analyse sera présenté, la principale problématique sera

énumérée ainsi que les différents objectifs auxquels elle est associée. Les facteurs étiologiques liés à la toxicomanie, les traitements qui sont offert aux personnes toxicomanes, leur efficacité ainsi que leur processus de changement seront abordés. La méthode utilisée sera exposée, plus précisément la méthode de recrutement des participants, les outils utilisés, les considérations éthiques. Le troisième chapitre est, quant à lui, consacré à la présentation et à l'analyse des résultats. Enfin, dans le quatrième chapitre, les résultats sont discutés et mis en relation avec les éléments recensés dans la littérature.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE

1.1. Cadre physique du CNHUP-C.



Source : Google

1.2. Historique de création du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C)

Le Centre de Neuropsychiatrie de Jacquot est situé à la périphérie de la ville de Cotonou, au Bénin, 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 1943-45, puis désaffecté et abandonné pendant 2 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 phtisiologie 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. Ces repas étaient transportés 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 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. A cette date et pendant 2 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 affections 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 des cellules de 2 m de long sur 1,20 m de large et 3 m 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 tombée de la nuit, les basculer par-dessus les murs de l'enceinte. Le Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP) de Cotonou créé par le Décret n° 90-348 du 14 Novembre 1990 portant attribution, organisation et fonctionnement, classé comme organisme public spécialisé à caractère social jouissant de la personnalité juridique et de la semi-autonomie financière, est dirigé par le (Décret n° 2014-527 du 25 Août 2014) en Centre Hospitalier Universitaire sous l'appellation de Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou.

1.3. Présentation générale du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C)

Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C) communément appelé "Jacquot" est la principale infrastructure publique existant pour l'hospitalisation des personnes atteintes de maladies mentales sévères. Il est situé à Cotonou au quartier Fidjrosse-plage dans le 12ème arrondissement de la capitale économique Cotonou. C'est un centre qui accueille les personnes atteintes de maladies mentales et ceux qui ont des troubles psychologiques. Comme son nom l'indique, c'est un hôpital spécialisé dans la prise en charge des malades mentaux. Installé sur une superficie de plus de deux (02) hectares, le Centre dispose de cent vingt (120) lits d'hospitalisation tous occupés avec un taux d'occupation de de 140 % du fait des raflés et autres indigents des rues de la ville qui abondent dans le centre. Le nombre de malades qui y séjournent actuellement est de 215 malades, hommes et femmes confondus. Le *ratio* sous femme/homme est de 1,20; il contient un nombre important de malades des autres pays de la sous-région (Togo, Ghana, Nigeria, Niger, Burkina Faso, Mali, Congo, Cameroun etc.) est subdivisé en deux (02) unités de soins à savoir, l'Unité de Soins d'Urgence Psychiatrique (USUP), l'Unité de Soins en Toxicomanie

(UST), des blocs d'hospitalisation et bureaux administratifs. Les quatre (04) blocs d'hospitalisation sont administrés par des médecins psychiatres, des techniciens supérieurs en santé mentale (TSSM) expérimentés. Le CNHUP-C est constitué d'agents de toutes catégories confondues de personnels médical et paramédical`, de personnels administratifs et de médecins en DES de psychiatrie, des Etudiants de la 4ème année de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS/UAC), des Étudiants Assistants sociaux de l'Ecole Supérieur des Assistants (ESAS/FSS), des Stagiaires en psychologie de la FASHS/UAC), des Stagiaires Éducateurs et Sages-femmes d'Etat (INMES/UAC), des Stagiaires étrangers (Français, Allemands, Canadiens, Anglais etc.). Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C) arrive à donner satisfaction à tous les malades et usagers qui fréquentent l'hôpital.

1.4. Activités et Missions principales du CNHUP-C

En tant que seul hôpital universitaire public spécialisé en psychiatrie au Bénin, le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou propose une gamme variée d'activités pour répondre aux besoins de ses patients. Il offre des consultations médicales et psychiatriques, des thérapies individuelles et de groupe, des activités de réadaptation psychosociale, des programmes de prévention et d'éducation à la santé mentale, ainsi que des services d'hospitalisation pour les patients nécessitant une prise en charge plus intense. Il offre également le traitement à travers les soins et la réinsertion sociale des malades mentaux de troubles psychosociaux (Toxicomanie et alcoolisme), la formation et la recherche sur toutes les maladies mentales car ils connaissent la valeur de l'homme et son utilité dans la société. Il aide aussi les personnes laissées-pour-compte qui se retrouvent dans la rue et qui ont besoin d'aide. Il a pour mission la prise en charge globale des malades mentaux.

Les missions du CNHUP-C sont multiples. Il vise à assurer la prise en charge globale et de qualité des patients atteints de troubles mentaux, à promouvoir la recherche en santé mentale, à former des professionnels de santé mentale et à sensibiliser la population sur les questions de santé mentale.

1.5. Les ressources du CNHUP-C

Le CNHUP-C dispose de deux importantes ressources qui permettent de retracer les difficultés et les projets de réhabilitation à effectuer à court et moyen terme pour une conformité de l'hôpital aux normes établies par l'OMS. Il s'agit des sources de financement que sont les ressources allouées chaque année par l'État et les fonds propres du Centre.

S'agissant des ressources allouées par l'État, elles concernent :

- les fonds du crédit délégué qui concourent à l'alimentation des malades, l'acquisition des fournitures de bureau, des réactifs de laboratoire, des matériels médicotechniques, la maintenance des équipements et du matériel roulant ;
- les fonds sanitaires de l'indigence (FSI) qui permettent au Centre la prise en charge systématique de nombreux malades mentaux errants acheminés dans le Centre par les forces de sécurité, des malades mentaux disposés au portail du Centre par les parents et les malades mentaux dont les parents sont démunis de toutes ressources financières: suppression par l'État du fonds sanitaire de l'indigence au cours de l'année 2016 et son remplacement par le fonds ARCH (Assurance, Renforcement du Capital Humain) en 2017.

Quant aux ressources propres, elles proviennent des différentes prestations faites dans le Centre à savoir: consultations médicale et paramédicale, contrôle médical, hospitalisation dans les divers pavillons, les analyses paracliniques, les frais de cession de médicaments, de solutés et diverses autres prestations tarifées. Il faut y ajouter l'aide précieuse des ONG, des donateurs et autres partenaires pour le bien social des pensionnés du Centre.

1.6. Présentation du nombre du personnel constitutif du CNHUP-C

Le CNHUP-C est constitué de 73 agents toutes catégories confondues. Le personnel médical et paramédical (Médecin psychiatre, médecin pédopsychiatre, médecin généraliste, infirmiers psychiatrique, infirmiers d'État, infirmiers breveté, technicien de laboratoire psychologues, aide-soignant) et le personnel administratif (directeur, comptable, assistance sociale, aide-mémoire, aide cuisine, agents d'entretien, service d'accueil, et chauffeurs) et des médecins en DES (Diplôme d'Etude Spécialisée) de psychiatrie.

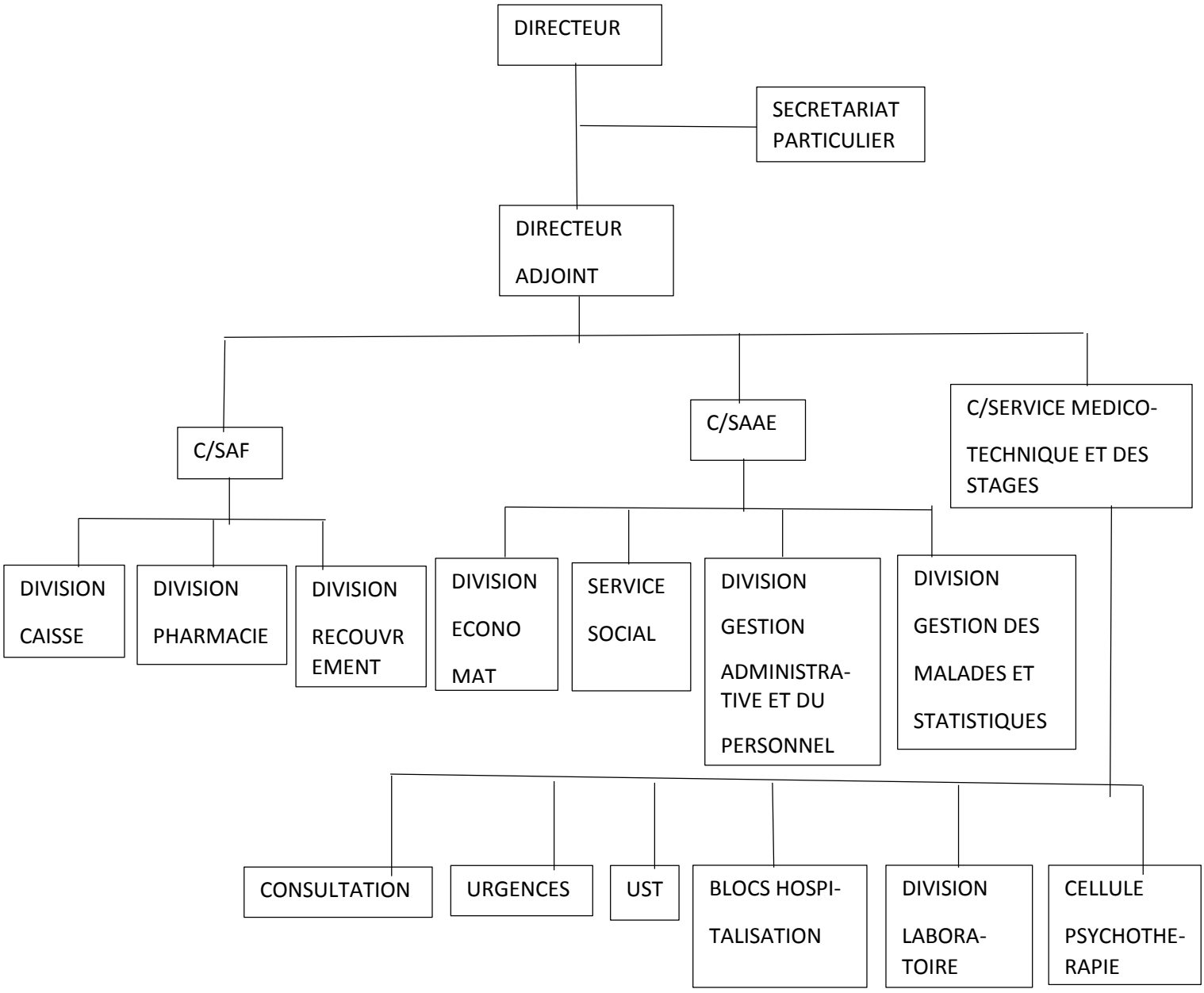
LE NOMBRE COONSTITUTIF DU PERSONNEL DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE COTONOU (EX-JACQUOT)

Agents	**Personnels**	**Nombres**
Personnels medical et Paramédical	Médecin psychiatre (adulte)	**3**
	Médecin généraliste	**1**
	Médecin pédopsyhiatre (enfants)	**1**
	Médécin en DES de psychiatrie	**15**
	Infirmier psychiatrique	**3**
	Infirmier d'Etat	**5**
	Infirmier brevet	**4**
	Technichien de laboratoire	**2**
	Psychologues	**6**
	Aide-soignant	**5**
Pesonnels Administratif	Directeur	**1**
	Comptable	**1**
	Secrétaire	**4**
	Assistance sociale	**2**
	Aide phamacie	**3**
	Aide cuisine	**4**
	Agent d'entretien	**9**
	Chauffeur	**2**
	Agent d'accueil	**2**
		Total: 73

1.7. Structure organisationnelle

Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C) est un hôpital psychiatrique qui fonctionne tous les jours de la semaine et assure la garde des patients jours et nuits... L'organisation se présente comme suit:

ORGANIGRAMME DU CNHUP-C (EX-JACQUOT)



1.8. Déroulement et observation au cours du stage

Mon stage s'est déroulé du mercredi 05 juillet au vendredi 04 Août 2023 au CNHUP-C. J'ai eu à travailler avec 15 collègues stagiaires, dont 14 étudiants de l'Université d'Abomey Calavi et 1 de l'institut Jean Paul II de la première année en master, tous confondus. Cela s'est passé tous les jours ouvrables de la semaine du lundi au vendredi, de 08h à 17h. Nous avions été bien accueillis par le professeur GANSOU, directeur du centre, dès notre arrivée. Mon observation au CNHUP-C a été de constater que tous les lundis et mardis est organisé un STAF entre le professeur, les médecins, les psychologues et les stagiaires de la maison. Cela, avec un thème d'exposé autour duquel se tient la discussion du jour pour permettre aux uns et aux autres de renforcer leurs compétences en posant des questions pertinentes pour une meilleure compréhension. Le CNHUP-C organise également des Activités de Réinsertion Sociale et d'Expression Artistique (ARSEA) permettant aux patients de travailler la concentration, le ralentissement psychomoteur, le retrait social et l'objectif de cet atelier vise à les détendre et à leur procurer du plaisir. Cette activité est faite pour les patients déjà mieux rétablis et capables de faire des exercices. J'ai aussi constaté que certains psychologues décrochent des appels en pleine consultation contrairement au code de déontologie. Il y également du fait que les psychologues ne demandent pas la permission aux patients avant de commencer par prendre note de ce que disent les patients dans son dossier médical. Les patients du CNHUP-C ne sont pas agressifs.

1.9. Services parcourus et travaux effectués

Au cours de mon stage j'ai travaillé au service d'accueil, au bloc d'hospitalisation, auprès de la consultation, auprès des séances organiques et théâtrales.

- **Au service d'accueil**

J'ai eu à travailler à l'accueil pendant une semaine avec trois de mes camarades stagiaires auprès de Madame AHOUNOU Roberte, la responsable en poste à l'accueil. Nous avions appris beaucoup de choses au cours de cette semaine. On retient d'abord que l'accueil est le lieu où nous revenons toute personne qui franchit les portes du CNHUP-C dans le besoin de renseignements ou de prise en charge quelconque en lui fournissant des informations et renseignements nécessaires en fonction de ces attentes.

Ensuite, j'ai appris comment accueillir les patients, comment enregistrer un nouveau dossier, comment classer les dossiers des patients, comment faire la saisie, comment chercher un

dossier dans les archives que ce soit un nouveau dossier ou un ancien dossier, comment préparer les salles de consultation.

Préparer une salle de consultation consiste à nettoyer la salle, déposer les tables et les chaises, mettre une fiche d'intercaler, un cahier de registre et les dossiers des patients à recevoir sur la table. Après la consultation nous enregistrons chaque dossier selon l'ordre d'arrivée dans le cahier de registre.

- **Au niveau des blocs d'hospitalisation**

Nous avons 5 blocs d'hospitalisation à savoir le bloc A , le bloc B, le bloc C, le bloc D, le bloc E et une Unité de Soins aux Toxicomanes (UST) où sont logés les patients hospitalisés au CNHUP-C. J'ai travaillé au bloc E auprès du psychologue DJANKPA Codjo, responsable de ce bloc et responsable de tous les psychologues de la maison et avec deux camarades stagiaires. Ce bloc contient 8 salles d'hospitalisation à 6000F par jour. Quand on vient le matin, on passe voir s'ils ont bien dormi, s'il n'y en a pas de rechutés. On les salue et on demande comment s'est passée la nuit, s'ils dorment bien.

- **Au niveau de la consultation**

Une fois en salle de consultation on s'assure que toutes les chaises sont à leur place. Nous les nettoyons et nous nous installons en attendant l'arrivée du psychologue ou psychiatre consultant. En dehors du bureau de chaque psychologue où il peut faire des entretiens, la salle de psychothérapie, la salle polyvalente, il y a trois salles de consultation. Quand la consultation commence on reste silencieux, sans aucun bruit, on écoute en suivant attentivement et en notant les parties les plus claires ou floues de ce que dit le patient. Le thérapeute réplique avec des reformulations de ses paroles. Le thérapeute peut nous demander de continuer la consultation. Après la consultation on fait le bilan de l'entretien. On pose des questions de compréhension et on apporte nos avis par rapport aux cas. Après cela, on constitue le dossier du patient. On enregistre le nom du thérapeute et celui des stagiaires ayant assisté à l'entretien dans le dossier. On remplit également le cahier de registre puis on ramène tout à l'accueil ou bien aux archives.

- **Au niveau des Ateliers de Réinsertion Sociale et d'Expression Artistique (ARSEA**)

L'ARSEA s'organise tous les jeudis à l'UST ou dans la salle polyvalente. C'est la psychologue Hurlermine LODONOU qui s'occupe de ces activités.



Source : Salle de consultation CNHUP-C

Les activités sont :

- ✓ **la peinture,** qui consiste à donner des couleurs, des papiers et des pinceaux aux patients pour qu'ils dessinent tout ce qu'ils veulent. Après le dessin on s'approche de chaque patient pour lui demander son nom ainsi que le nom de ce qu'il a dessiné sur la feuille puis on écrit ça sur sa copie. Après la séance, le psychologue ramasse tout et essaie de relier la situation des patients à leurs dessins afin de mieux comprendre les maladies.
- ✓ **la musicothérapie,** elle commence avec un exercice d'échauffement qui permet de réveiller les patients de leur sommeil. La musicothérapie consiste à faire écouter un son aux patients avec un thème associé à la musique. Un thème qui fera l'objet de leurs séances. Chaque patient dira ce qu'il a retenu du thème et du morceau. Cela constitue un moment de distraction et de détente pour eux.
- ✓ **le théâtre organique,** elle consiste à se relaxer. Cette relaxation est faite avec les patients déjà mieux portants et capables d'écouter et de réaliser l'exercice, elle consiste à se coucher sur le dos en étant relaxe sur le sol, les bras sur le sol avec concentration. A respirer et inspirer, lâcher tout en étant détendu, cela permet s'oxygéner leur corps. Pour se coucher on se penche par le côté, puis on se lève pour découvrir l'espace dans lequel on est, communiquer à travers le regard, rester connecté avec l'espace et les partenaires. Cela se fait à travers 4 étapes :
  - l'étape 1: consiste à marcher avec un objectif fixe, comme on va à un entretien d'embauche et on se lève tôt.
  - l'étape 2: On doit aller au boulot mais on est en retard et donc on est pressé, très rapidement on accélère les pas.
  - l'étape 3: On marche très lentement comme si on vient de se réveiller.
  - l'étape 4: On est en retard et on marche en courant et très rapidement.

L'objectif principal de cet exercice est la concentration et au cours de cette séance on choisit un thème autour duquel se tiendront un enseignement de 15mn et un jeu qui doit être réalisé. Le théâtre permet trois (03) choses: le poids, le détente, le plaisir.

1.10. Objectifs de stages

Mes objectifs de stages consistent à :

- Découvrir le monde du travail
- Découvrir un métier et une entreprise
- Mieux définir le projet professionnel
- Completer les informations théoriques par une expérience pratique en entreprise

1.11. Synthèse des acquis et des difficultés rencontrés

- **Acquis**

Au service d'accueil, j'ai appris à accueillir des patients et à les enregistrer, à chercher les dossiers dans la salle d'archives, à préparer une salle de consultation, au niveau du bloc d'hospitalisation, j'ai appris à aborder et à communiquer avec les patients en restant dans le professionnalisme. En préservant le respect de ma personne et en respectant le patient sans pour autant tisser des liens d'amitié. En consultation, j'ai appris à faire une consultation grâce au plan d'observation clinique qui nous a été donné et expliquer dans son entièreté. Grâce à cela et à la sémiologie j'arrive désormais à faire une observation clinique d'un patient afin de parvenir au diagnostic final et à une conclusion de la maladie dont souffre le patient. J'ai également appris la signification de certains mots talques l'amimie, la cyclothymie, prodigalité, le clivage, hallucination acoustico-verbale, la bradyphemie, Tachypsychie , la Tachypsychie, la bradypsychie, la Tachypsychie, la sitiophobie, la tanatophobie et les différents types de mécanisme de défense (clivage, déni, régression) observé chez la plupart des patients schizophrènes. J'ai aussi appris comment reformuler les dits du patient, j'ai appris à suivre le patient avec attention sans l'interrompre quand il parle. A l'administration, j'ai servi d'intermédiaire entre la secrétaire particulière du directeur et les psychologues en consultation avec les auxiliaires de justice. Ce qui m'a permis de parcourir assez de bureau et de connaître certains personnels de l'administration. A l'Atelier de Réinsertion Sociale d'Expression Artistique, j'ai vu pour la première fois comment se fait la musicothérapie, la peinture, le théâtre organique.

- **Difficultés rencontrés**

Lors du stage et de l'enquête sur le terrain j'ai été confrontée aux difficultés tels que la gestion du stress lors des entretiens avec les patients toxicomanes, la réticence de certains enquêtés à communiquer des informations, la non stabilité de certains patients à tenir un discours lors de l'enquête, des barrières linguistiques (nous avons abordés certaines personnes qui parlaient une langue que nous ne comprenions pas, ce qui a rendu l'enquête impossible à certains endroits), l'absence d'informations chez les enquêtés, la contradiction entre les informations données par certains enquêtés, le manque de confiance des patients à se confier.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHES METHODOLOGIQUE

2.1. Clarification conceptuelle

Afin d'avoir une compréhension approfondie sur notre sujet de recherche, quelques concept seront expliqués. Il s'agit de ; la toxicomanie, la psychologie, la prise en charge, la prise en charge psychologique, l'accoutumance, l'alcool, la drogue, la café, le cannabis, le tabac, le tramadol.

2.1.1. La toxicomanie

Le terme « toxicomanie » est composé étymologiquement du radical « toxico » qui convient du latin *toxicum* et à pour signification, une substance ayant un effet nocif, toxique ou « Poison » car à l'époque les flèches des arcs étaient empoisonnées et du suffixe « manie » qui vient du latin *mania* et à, pour signification, une folie, un trouble du comportement, une envie excessive et irrationnelle. La toxicomanie est une consommation régulière et excessive de substances toxiques sans prescription thérapeutique créant une accoutumance et un état de dépendance physique et/ou psychique.

La définition stricte de la toxicomanie selon l'OMS est la suivante, une envie irrépressible de consommer le produit, une tendance à augmenter les doses, une dépendance psychologique et parfois physique, des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotive, sociale, économique). Cette définition de l'OMS semble plus adéquate. En effet, après avoir tenté, dans les années 1950, de définir la toxicomanie, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), recommandait, en 1964, l'abandon de ce concept peu opérant, pour la remplacer par la notion de « dépendance ». Nous continuerons, toutefois, à utiliser le terme de toxicomanie durant notre rapport (De Wever et al., 2019).

2.1.2. La psychologie

La psychologie est une discipline scientifique qui étudie les processus mentaux et les comportements humains. Elle vise à comprendre comment les individus pensent, ressentent, perçoivent, se comportent et interagissent avec leur environnement. La psychologie explore également les mécanismes sous-jacents qui influencent le développement, le fonctionnement et les troubles mentaux. Elle utilise des méthodes d'observation, d'expérimentation et d'analyse pour recueillir des données et formuler des théories sur le fonctionnement psychologique (Wilhelm Wundt, 1879).

2.1.3. La prise en charge

La prise en charge désigne l'ensemble des actions, des services et des interventions destinées à soutenir et à accompagner une personne dans une situation de besoin, de vulnérabilité ou de difficultés. Cela peut inclure des aspects physiques, psychologiques, sociaux ou financiers. L'objectif de la prise en charge est d'améliorer la qualité de vie de la personne concernée en lui apportant d'aide nécessaire pour surmonter ses difficultés et atteindre un meilleur bien-être. Elle peut être assurée par les professionnels de la santé, des travailleurs sociaux, des aidants familiaux ou d'autres acteurs impliqués dans le domaine de l'accompagnement (Alzheimer's Association, 2016).

2.1.4. La Prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique désigne l'ensemble des interventions et des soins visant à soutenir et à améliorer la santé mentale et émotionnelle d'une personne. Elle peut être réalisée par des professionnels de la santé mentale tels que des psychologues, des psychiatres, des psychothérapeutes ou des travailleurs sociaux spécialisés. Elle peut prendre différentes formes, telles que des entretiens individuels, des thérapies de groupe, des interventions familiales ou des programmes de soutien communautaire. L'objectif de la prise en charge psychologique est d'améliorer le bien-être psychologique, de favoriser la résolution de problèmes, de réduire les symptômes de troubles mentaux tels que l'anxiété ou la dépression et d'encourager le développement personnel et la croissance. (Miniar Ben et al., 2017).

2.1.5. La drogue

La drogue est une substance ou un produit chimique qui agit sur le système nerveux et modifie les relations de l'organisme avec son environnement. Une drogue est un produit susceptible d'entrainer une dépendance physique et/ou psychique. Les dangers ou risques d'une substance dépendant de nombreux facteurs : l'âge et le sexe du consommateur, le mode de consommation, la fréquence à laquelle il consomme (Bergeron, H. 2001).

2.1.6. L'accoutumance

C'est l'état de l'organisme qui s'habitue progressivement à l'action de médicament ou d'une drogue. Selon l'OMS, l'accoutumance signifie un désir de continuer à prendre de la drogue. Peu à peu de tendance à augmenter les doses.

2.1.7. Le tabac

Le tabac est une plante (*Nicotiana tabacum* et *Nicotiana rustica*) qui contient de la nicotine, une drogue qui entraine une dépendance et qui a des effets à la fois stimulants et dépresseurs. Les feuilles de tabac servent à fabriquer des produits qui peuvent etre consommés de différentes manières, notamment fumé dans des cigarettes et des pipes, chiqué, prisé séché, placé à l'intérieur de la lèvre ou de la joue sous forme de chique, mélangé à du cannabis et fumé sous forme de joints (Copyright Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2003, 2010).

2.1.8. L'alcool

l'alcool est un des plus anciens produits psychoactifs. Il est obtenu par la fermentation de végétaux riches en sucre comme le cidre, la bière, le vin ou par distillation de whisky, de pomme de terre ou de blé (vodka). La consommation de d'alcool est caractérisée par trois phases, une phase d'excitation, une phase d'ébriété et une phase dépressive (Google).

2.1.9. Le cannabis

Le cannabis (parfois appelé la 'marijuana') est une drogue qui est le produit de la plante de cannabis. Selon la façon qu'il est préparé, le cannabis peut être consommé à des fins médicales ou non médicales. Le cannabis contient plus de 100 produits chimiques appelés cannabinoides, qui ont un effet sur les récepteurs cellulaires du cerveau et du corps. Les cannabinoides peuvent modifier la façon que ces cellules se comportent et communiquent ensemble. (Google)

2.1.10. Le café

le café est une boisson énergisante psychotrope stimulante, obtenue à partir des graines torréfiées de diverses variétés de caféier, du genre caffea. Il fait partie des trois principales boissons contenant de la caféine les plus consommées dans le monde, avec le thé et le maté (De kaffa et al., 2019. Pays d'origine).

2.1.11. Le tramadol

Le tramadol est un antalgique central développé par la firme allemande Grunenthal Gmbh dans les années 1970. Il est classé dans la catégorie des analgésiques de niveau 2, catégorie comprenant également la codéine, les extraits d'opium et anciennement le dextropropoxyphène. (Wikipédia).

2.2. Revue de littérature

Selon Smith et al., (2019), la prévalence croissante des problèmes liés à la toxicomanie a mis en évidence la nécessité de développer les approches efficace de prise en charge psychologiques. Cette revue se concentre sur l'expérience et les stratégies des traitements utilisées au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie et de psychologie (CNHUUP-C) pour les personnes souffrant de toxicomanie. Selon Catherine Barben et al., (2007), dans son rapport sur la prise en charge des personnes toxicomanes, en théorie trois facteurs principaux déterminant la toxicomanie sont prise en considération, le produit, la personnalité et le contexte socioculturel. Selon Simone Paquet et al., 1981, les problèmes de toxicomanies préoccupent maints chercheurs venus d'horizons divers, parents, éducateurs, enseignants, magistrats, psychologues, médecins. Il semble à tous, que connaitre le toxicomane, aborder et peut-être pénétrer sa personnalité, pourrait contribuer à guider une thérapeutique et à instaurer une prophylaxie. Sans doute, la toxicomanie apparait-elle comme un état de fait qui, en quelques mesure, dépend de phénomène de société, de famille, d'éducation, mais aussi d'aspects matériels tels que l'existence même des sources de la drogue et la possibilité de faire circuler et de commercialiser, clandestinement ou non, les produits qui en découlent. De plus, mis à pas qu'ils deviennent dépendant de ces drogues, cela a des inconvénients sur leur bien-être.

Selon Marwan EL Khoury, (2016), il est dit que suivant le parcours de leurs vies, les toxicomanes vivent le chaoc ; ils n'arrivent pas à voir le bout du tunnel. Ils ne savent pas réfléchir d'une façon constructive, profiter des opportunités et d'élaborer des plans bien déterminer pour se réaliser. De plus l'adoption du toxicomane de la gestion de soi peut contribuer à développer chez lui des capacités d'observation, de réflexion, d'analyse, de contrôle de soi ; D'après les résultats obtenus, nous pouvons constater que, les toxicomanes ont plus de difficulté cognitives que les non toxicomanes, le sentiment de satisfaction personnel chez les non toxicomanes, la stabilité émotionnelle positive chez les non toxicomanes est beaucoup plus grande que celle des toxicomanes, la stabilité émotionnelle négative chez les toxicomanes est plus développée que chez les non toxicomanes.

La gestion de soit aidé le toxicomane à intégrer le plaisir dans la vie relationnelle, comme elle peut aider à appliquer les qualités acquises et préparer de nouvelles expériences. De l'autre côté, Catherine Barben et *al*. (2007), ont montré que les conséquences de la consommation excessive de drogue se manifestent dans plusieurs niveaux. Il s'agit du niveau de vie de l'individu, la vie professionnelle, la santé, les relations avec la société et la santé publique.

Cela montre clairement que la toxicomanie nuit gravement à la santé en affectant la vie entière de celui qui consomme.

Magali H Dufour et Louise Nadeau (1998), quant-à eux, ils examinent l'efficacité de programme de prévention des toxicomanes auprès des familles. Il montre que de nombreux travaux soulignent le rôle déterminant les familles dans la transmission des habitudes de consommation. De plus, selon plusieurs intervenants, la famille constitue un milieu propice pour l'instauration de tels programmes de prévention. Cet article propose une analyse critique de ces programmes. Sont présentés les facteurs de risque liés à l'abus de substances chez les jeunes, puis les programmes visant la famille dont la stratégie est l'information, ceux qui font appel à des stratégies multiples et ceux qui visent les parents les plus à risque.

Le psychologue clinicien Paulin Lefevre (2015), a également contribué à la littérature en proposant une étude sur l'efficacité des interventions psychologiques dans le traitement des addictions au sein de l'établissement. Selon Jacques Bergeron et al. (2000), dans motivations de la clientèle et efficacité d'un programme de traitement en alcoolisme et toxicomanie, estiment que la motivation, c'est d'abord une variable importante pour inciter le client à faire une demande d'aide, pour s'engager ensuite dans le traitement offert, et pour persévérer dans ce traitement jusqu'à l'obtention de changement significatifs dans sa consommation ou dans les sphères de sa vie affectées par les problèmes associés à une consommation abusive d'alcool ou de drogue. Selon Jones et al. (2020), les approches thérapeutiques utilisé dans la prise en charge psychologique des toxicomanes est la thérapie cognitgivo-comportementale (TCC) qui a montré une efficacité significative dans la réduction de la consommation de substances psychoactives. Pour Brown & Smith (2018), le modèle de réduction des risques, tel qu'implémenté au CNHUP-C, a été loué pour son adaptation aux besoins individuels des patients.

Quant à Garcia et al. (2021), l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés comme (Addiction, Index) et courante pour suivre la progression des patients. Selon William & Johnson (2017), l'efficacité des approches utilisées sont celles axées sur la motivation ; qui ont montré des résultats prometteurs dans l'engagement des patients dans le traitement. Selon Miller et al. (2019), les comorbidités psychiatriques peuvent limiter l'efficacité des interventions, soulignant ainsi la nécessité d'une approche intégrée. En 2022, Adams et al. Affirmaient que les programmes de rétablissement axés sur la réinsertion sociale ont eu un impact significatif sur la prévention de la rechute.

Wilson & Brown (2020) ont montré que les interventions intégrées qui combinent à la fois, des approches médicales et psychologiques semblent être les plus efficaces. Pour Pierre Joly et al. (2013), cette étude avait pour but de mettre en lumière des facteurs ou de processus pouvant contribuer à l'amélioration de la condition de personnes toxicomanes admises dans trois centre de traitement en dépendance, en fonction de la présence ou non de troubles à l'axe I du DSM-IV. Sa réalisation a nécessité la collecte, le traitement et la comparaison de données quantitatives et de données qualitatives. Selon Roberts & Garcia (2021), une coordination accrue entre les services de psychiatrie et de psychologie peut améliorer la qualité globale des soins.

Cette revue met en lumière l'importance des approches psychologique dans la prise en charge de la toxicomanie au CNHUP-C. Elle souligne également la nécessité d'une évaluation continue et de l'adaptation des pratiques pour répondre aux besoins complexes de cette population. Le tabac est surtout fumé sous forme de cigarettes mais, également, sous forme de cigares ou dans une pipe. On peut le mâcher, le priser séché ou le poser dans la bouche sous la lèvre ou la joue sous la forme de "jointe". Tous les modes d'utilisation du tabac permettent l'absorption de la nicotine dans le corps. Bien que le tabac soit légal, les fois fédérales, provinciales et municipales régissent de façon stricte sa fabrication, sa commercialisation, sa distribution et son utilisation. La fumée secondaire du tabac est maintenant reconnue comme un danger pour la santé, ce qui a amené l'imposition de restrictions croissantes relativement aux endroits où il est permis de fumer. Les infractions aux lois sur le tabac sont passibles d'amendes et de peines de prison. Il est important de résoudre ce problème en explorant à la fois les facteurs déterminant la consommation des drogues, les traitements adaptés et les efficacité ainsi que les moyens de réhabilitation et d'amélioration de ces comportements.

2.3. Problématique

La consommation des drogues est un problème préoccupant sur le plan mondial. (SAMHSA, 2008). Cette consommation peut avoir diverses raisons, psychologique, sociale, médicale, familiale, personnelle et professionnelle. En 2017, 271 millions de personnes, soit 5,5% de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans avaient consommé des drogues au cours de l'année écoulée (ONUDC). Bien que ces chiffres soient similaires à ceux de 2016, si l'on considère une période plus longue, on constate que le nombre d'usagers de drogues a augmenté de 30% depuis 2009. Bien que cette augmentation soit due, en partie, à une hausse de 10% de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans, les données indiquent, désormais, une plus grande

prévalence de l'usage d'opioïde en Afrique, en Asie, en Europe et en Amérique du nord, ainsi que l'usage du cannabis en Amérique du nord, en Amérique du Sud et en Asie.

En effet, l'Afrique enregistre la plus forte augmentation mondiale de la consommation de cannabis entre 2010 et 2017. Les saisies de Tramadol sur le continent africain représentent 88% de toutes les saisies mondiales de Tramadol en 2017 (ONUDC). Parmi les cinq régions africaines, l'Afrique de l'ouest a connu de plus fortes hausses (plus d'un tiers) de la proportion de sa population consommant des drogues illicites en 2018. Soit 55 % en Afrique de l'ouest, 19% en Afrique de l'est, 12% en Afrique australe, 8 % en Afrique du nord et 6 % en Afrique centrale (Bourouis Nadjet et al., 2021) Il paraît donc évident que la délinquance et l'usage de drogues sont étroitement liés, bien que la nature des liens et le poids des facteurs demeurent plus nébuleux que la croyance populaire ne porte à le croire (Brochu, 2006; Plourde, et Brochu, 2003). Nous sommes, toutefois, en mesure de dégager certaines constantes. Une augmentation de la consommation de drogue chez un toxicomane entraîne, souvent, une augmentation de sa délinquance et la diminution de sa consommation provoque également la diminution de sa délinquance (Brochu, 1995).

Les problèmes de santé mentale sont aussi très souvent liés à une consommation de drogues. Par contre, le lien existant entre les deux problématiques peut prendre diverses formes, l'une peut influencer l'autre ou encore les deux peuvent se développer indépendamment (Vitaro et al., 2000). Cela nuit non seulement à la santé et au bien-être des victimes, aussi à la façon dont ils s'acquittent de leur milieu social. Il serait donc souhaitable de vaincre définitivement la toxicomanie, mais l'expérience montre que c'est un objectif difficile à atteindre. En revanche, on peut aider les personnes qui souffrent de ce problème. C'est pourquoi plusieurs articles en afrique et au bénin se sont penché sur la question de toxicomanies. Il s'agit des articles de Obot, EST (2016).

La consommation de drogues et ses effets sur les jeunes en Afrique de l'Ouest. Uyo : *Centre de recherche et d'information sur la toxicomanie (CRISA)* qui estime que contrairement à l'idée que l'on retrouve dans certains milieux sociaux selon laquelle le problème de la drogue en Afrique de l'Ouest est un phénomène récent, la région s'illustre depuis longtemps dans l'histoire de la drogue en Afrique. Il y a presque un siècle, le cannabis a été dégà cultivé en Sierra Leone et voilà presque soixante ans que sa consommation par les jeunes « déviants » au Nigeria est associée à des problèmes de santé mentale.

De l'autre coté, Mbassa Menick Daniel et al (2012) addictions chez l'africain en milieu hospitalier : bilan de 39 mois à la clinique psychiatrique de l'hopital Jamot de Yaoundé.

Perspectives Psy, 51(1), 54-62. Dans son article, ous montre le resumé face à l'absence de données fiables sur les toxicomanes au Cameroun et à l'évolution des consommations. Ce travail à colligé 108 patients, identifiés comme usagers de drogue, le cannabis était la ubstance la plu consommés, soit 97,22% des cas. La consommation de toxique datait généralement d'au moins trois mois avant leur prise en charge dans le service. Ensuite, l'article de Aguemon, B. Gansou, M. et al (2017). Consommation de substances psychoactives et facteurs associés en milieu scolaire dans la communes de Bohicon (Benin). *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lome, 19*(3), 521-532.

Affirme qu'au Bénin, l'absence d'un système national opérationnel de collecte de données ne permet pas d'estimer l'ampleur de la toxicomanie, un problème de santé publique, chez les adolescents. Cette étude a renseigné sur la prévalence de consommation des substances psychoactives (SPA) ainsi que les facteurs associés. Cette enquete a portées sur les élèves adolescents àgés de 10 à 19 ans , au CEG et au Lycées de la Communes de Bohicon du 26 octobre au 04 novembre 2016. La prévalence de consommation des SPA était de 50%. D'après la présentation de ces articles, on peut voir que la consommation des substances psychoactives devient de plus en plus un problème très inquétant en afrique et au Bénin.

Le Bénin enregistre de plus en plus un grand nombre de criminels, de violences, de malades mentaux, dû à la consommation de substances psychoactives qui les pousse à poser des actes ignobles. Cela pose un problème qui nécessite une grande réflexion qui nous emmène donc à nous pencher sur le cas du Bénin, en particulier sur les patients du CNHUP-C. Qu'est-ce que la toxicomanie? Quelles sont les facteurs déterminant la consommation des drogues et leur conséquences? Quels sont les traitements appropriés aux personnes toxicomanes et quelle est leur efficacité? Quels sont les moyens de changement, de réadaptation et d'amélioration des personnes toxicomanes au CNHUP-C ?

2.4. Objectifs de recherche

Objectif général

L'objectif général de cette recherche est d'analyser les facteurs étiologiques et les facteurs favorisant l'efficacité de la prise en charge des personnes toxicomanes au CNHUP-C.

Objectifs spécifique

1-) Déterminer les facteurs étiologiques de la prise en charge des toxicomanes au CNHUP-C.

2-) Evaluer les facteurs contribuant l'efficacité de la prise en charge psychologique des toxicomanes au CNHUP-C.

3-) Proposer des solutions pour améliorer la prise en charge psychologique des toxicomanes au CNHUP-C.

2.5. Hypothèses de recherche

Hypothèse générale

La question de la consommation des drogues s'explique par plusieurs facteurs.

Les hypothèses spécifiques

1-) Plusieurs facteurs déterminent la consommation des drogues chez de nombreuses personnes au CNHUP-C.

2-) Certains facteurs clés contribuent à l'efficacité de la prise en charge psychologique des toxicomanes au CNHUP-C.

3-) L'amélioration de la prise en charge psychologique des personnes toxicomanes conduit à une meilleure réhabilitation et à une diminution de l'usage de substance au CNHUP-C.

2.6. Cadre théorique et conceptuel

Cette recherche s'inscrit dans plusieurs théories : Aux nombres de celles-ci, nous avons :

- **La théorie de l'apprentissage social : développé par Albert Bandura (1997)**

La théorie de l'apprentissage sociale met l'accent sur l'influence de l'environnement social dans le développement et le maintien des comportements toxicomanes. Elle suggère que les individus apprennent à consommer des substances addictives en observant et en imitant les comportements de leur entourage et les attitudes de leurs pairs. Dans le cadre de la prise en charge psychologique, la théorie de l'apprentissage social peut être utilisée pour aider les personnes toxicomanes à développer des compétences d'adaptation et à modifier leurs comportements problématiques. Voici quelques principes clés de cette approche :

Modélisation : Les thérapeutes peuvent utiliser des modèles de rôles positifs pour montrer aux personnes toxicomanes des comportements alternatifs et sains.

Renforcement : La théorie de l'apprentissage social met l'accent sur le renforcement des comportements souhaités. Les thérapeutes peuvent utilisés des techniques de renforcement positif pour encourager les personnes toxicomanes à adopter des comportements sains et o éviter la consommation de substances.

Apprentissage vicariant : Les personnes toxicomanes peuvent apprendre de manière indirecte en observant les conséquences négatives des comportements liés à la consommation. Cela peut les aider à développer une perception réaliste des conséquences de leur propre comportement.

Auto-efficacité : La théorie de l'apprentissage sociale met également l'accent sur le concept d'auto-efficacité, c'est-à-dire la croyance en sa propre capacité à réussir

- **La théorie de la motivation selon Abraham Maslow (1943-1970) et Edward Deci, Richard Ryan (1985)**

Selon Edward Deci et Richard Ryan (1985), la théorie de la motivation joue un rôle crucial dans la prise en charge des personnes toxicomanes. Elle permet de comprendre les facteurs qui influencent la motivation d'une personne à changer son comportement addictifs et à s'engager dans un processus de rétablissement. Selon cette théorie, la motivation d'une personne à changer est influencée par deux types de facteurs : les facteurs intrinsèques et les facteurs extrinsèques.

Les facteurs intrinsèques sont liés aux besoins, aux valeurs et aux aspirations personnelles de la personne. Par exemple, une personne peut être motivé à arrêter sa consommation de drogue pour améliorer sa santé, retrouver des relations saines ou réaliser ses objectifs personnels.

Les facteurs extrinsèques, quant-à eux, sont liés à l'environnement social et aux incitations externes. Par exemple, une personne peut être motivé à arrêter sa consommation de drogue en raison de la pression sociale, des conséquences légales ou des récompenses financières. Dans une prise en charge psychologique il est important de prendre en compte ces facteurs de motivation.

Selon Abraham Maslow (1943-1970), Abraham Maslow est un psychologue américain connu pour sa théorie de la motivation et de la hiérarchie des besoins. Selon Maslow, les individus sont motivés par une série de besoins qui sont organisés hiérarchiquement. Dans le

contexte de la prise en charge psychologique des personnes toxicomanes, cette théorie peut être appliquée pour comprendre et répondre à leurs besoins spécifiques. Les besoins de Maslow sont souvent représentés sous la forme d'une pyramide, avec cinq niveaux de besoins. Voici comment ces besoins peuvent être appliqués dans la prise en charge des personnes toxicomanes,

Besoins physiologiques : Tels que la nourriture, l'eau, le sommeil et l'abri doivent être satisfait en premier lieu. Dans le contexte de la toxicomanie, cela peut signifier s'assurer que la personne ai accès à des soins médicaux appropriés, à une alimentation équilibrée et à un environnement sûr.

Besoins de sécurités : Une fois que le besoins physiologiques est satisfait, les besoins de sécurité deviennent importants. Dans le cadre de la prise en charge des personnes toxicomanes, cela peut impliquer de créer un environnement sécurisé et de fournir un soutien émotionnel pour les aider à se sentir en sécurité et à développer des mécanismes de coping sains.

Besoins d'appartenance et d'amour : Les besoins d'appartenance et d'amour fait référence aux soins de relations sociales positives et soutien affectif. Dans le contexte de la toxicomanie, cela peut signifier encourager la personne à se connecter avec des groupes de soutien, des thérapeutes ou des pairs qui peuvent l'aider à se sentir accepté.

Besoins d'estime : Une fois que les besoins d'appartenance sont satisfaits, les individus cherchent à être reconnus et respecté par les autres. Dans le cadre de la toxicomanie, cela leur permet de développer une estime de soi positive, de réussite personnelle et de la confiance en soi.

Besoins d'accomplissement personnel : Une fois que les besoins d'estime de soi sont satisfaits, les individus cherchent à atteindre leur plein potentiel et à réaliser leurs aspirations personnelles. Dans le cadre de la prise en charge, cela motive le toxicomane à progresser dans sa croissance de créativité et de contribution à la société, dans l'ordre hiérarchie.

Pyramide de Maslow



Source : Google

- **La théorie de l'estime de soi : Selon Carl Rogers (1951)**

La théorie de l'estime de soi joue un rôle important dans l'acceptation et l'empathie dans le développement de l'estime de soi, dans la prise en charge psychologique des personnes toxicomanes. L'estime de soi se réfère à la valeur et à l'appréciation que l'on a de soi-même. Dans le contexte de la toxicomanie, les individus peuvent souvent éprouver une faible estime de soi en raison de la stigmatisation sociale, des conséquences négatives de leur dépendance et des comportements destructeurs associés à leur consommation de substances. La théorie de l'estime de soi vise à aider les personnes toxicomanes à développer une estime de soi positive et saine. Une estime de soi élevée peut favoriser la motivation à changer, à renforcer la résilience face aux difficultés et améliorer la confiance en soi nécessaire pour surmonter les obstacles liés à la toxicomanie. Les interventions psychologiques axées sur l'estime de soi peuvent inclure des techniques telles que la thérapie cognitive-comportementale, la thérapie de groupe et la thérapie par l'art. Ces approches visent à aider les personnes toxicomanes à identifier et à remettre en question les croyances négatives sur elles-mêmes, à renforcer leurs compétences et leurs ressources personnelles, et à promouvoir des compétences positives et saines.

2.7. Démarche méthodologique de la recherche

La méthodologie utilisée repose sur :

- l'échantillonnage à choix raisonné
- des entretiens semi-structurés avec les toxicomanes
- des observations directes du non verbal des toxicomanes lors des entretiens
- des questionnaires aux psychologues

C'est une méthode mixte à dominance qualitative permettant de mieux comprendre, le vécu, la motivation, les comportements. Une collecter et analyser des données pertinentes sur la « prise en charge psychologique des personnes toxicomanes au CNHUP-C » sera faite afin d'approfondir nos connaissances.

2.7.1. Participants

Les participants à cette étude sont des hommes et des femmes toxicomanes. A cet effet, le lieu de recrutement est le CNHUP-C dont 40 patients toxicomanes et 5 psychologues ont fait l'objet de notre enquête.

Critères d'inclusion :

- être homme ou femme âgés de 18 ans au moins ;
- être toxicomane (consommateur de de drogues) ;
- avoir fait recours au CNHUP-C pour l'accompagnement psychologique.

Critères d'exclusion :

- être âgés de moins de 18 ans ;
- jouir d'une parfaite santé mentale ;
- ne pas avoir fait recours au CNHUP-C pour les accompagnements psychologiques.

2.7.2. Nature de la recherche

La présente recherche est de nature mixte à dominance qualitative. D'une part, à travers des observations et des entretiens avec les patients et d'autre part, à travers des questionnaires administrés aux psychologues et des analyses de données, nous avons eu une idée claire sur les causes liées à la toxicomanie au CNHUP-C, leurs conséquences, les traitements psychologique adaptés et leur efficacité ainsi que les processus de changement qui leur sont offert.

2.7.3. Groupe cible

En rapport avec notre thème intitulé « Prise en charge psychologique des personnes toxicomanes au CNHUP-C », nous avons effectué notre recherche auprès des patients toxicomanes hospitalisés au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou. Le groupe cible étant le CNHUP-C, nous avons principalement fait des observations, des entretiens semi-structurés avec les patients et des questionnaires à tous les psychologues disponibles du centre.

2.7.4. Technique d'échantillonnage

Pour sélectionner la population d'étude, nous avons opté pour la technique d'échantillonnage à choix raison. Nous avons procédé à la sélection des patients. Cette technique consiste à sélectionner des patients toxicomanes répondant au profil de notre sujet. Cela nous a donc emmené à sélectionner les patients toxicomanes du CNHUP-C avec qui nous avions eu des entretiens. Nous avons ensuite administré un questionnaire aux psychologues afin de mieux nous situer. Grace à cette technique, nous avons réussi à interviewer une population de 40 personnes dont 1 femme et 39 hommes.

2.7.5. Technique et outils de collectes de données

Pour le recueil des informations sur le terrain, nous avons eu recours à des techniques et outils de collecte de données appropriés à la nature de notre recherche. Dans ce sens, trois (03) techniques de collecte de données ont été utilisées. Il est question dès l'entretien semi-structuré avec les patients, des observations, et des questionnaires aux psychologues. Les outils correspondant respectivement à ces procédés sont le guide d'entretien, les grilles d'observation et le questionnaire.

Le guide d'entretien comportait principalement 05 axes :

- Identification de l'identité du patient ;
- Détermination des types de drogues consommés ;
- Identification des facteurs déterminant la toxicomanie ;
- Identification des effets accompagnant la toxicomanie;
- Détermination des antécédents liés aux patients.

2.7.6. Aspects éthiques de la recherche

Dans le cadre de recherche impliquant des participants humains, le chercheur doit se soumettre à certain nombre de règles qui balisent son travail.

Dans le cadre de ce projet de mémoire, nous avons contacté le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou afin de connaitre les règles qu'il impose dans le cas de notre recherche. La réponse du responsable du CNHUP-C est d'ailleurs présentée en annexe. Une demande de collecte de données a ensuite été déposée au CNHUP-C. Afin d'en avoir l'obtention d'une autorisation, un protocole de recherche détaillé, un guide d'entretien et un questionnaire, ajouté à mes pièces d'identités ont été élaboré. Le CNHUP-C s'est montré favorable à la tenue de cette recherche et la collecte de données a alors pu débuter.

Lors de la transcription des données collectées, les noms de personnes n'ont pas été mentionnés dans le but d'assurer la confidentialité des participants.

2.7.7. Traitement et analyse des données

Les entretiens semi-structuré, les observations et les questionnaires ont été traité et leur contenu analysé à l'aide des logiciels tels que le Microsoft Office, Google Docs, Adobe Acrobat. L'utilisation d'un logiciel s'avère très pertinent dans un tel projet de recherche puisque cela permet de synthétiser la démarche et d'automatiser les opérations telles que le repérage, les traductions et l'extraction (Paillé et Mucchieli, 2003). De plus, un logiciel facilite le travail en diminuant le nombre de documents à manipuler et, par le fait même, limite l'utilisation superflue du papier.

2.7.8. Procédure

- Recueil des données qualitatives par des entretiens
- Recueil des données quantitatives par les questionnaires
- Présentation et analyse des résultats en utilisant des tableaux et des figures
- Interprétation des résultats à la lumière de la revue de littérature
- Interprétation des résultats à la lumière des théories évoquées dans le document

CHAPITRE III : PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

3.1. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans ce chapitre il est présenté les résultats de recherche ainsi que l'analyse de ces derniers suivie d'une discussion permettant de faire une comparaison entre les résultats et ceux d'autres recherches.

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage %
Féminin	1	2.5
Masculin	39	97.5
Total	40	100

Source : Données collectées sur le terrain

L'analyse du présent tableau montre la répartion de la population d'étude suivant le sexe. La population d'enquete est constituée de 40 personnes dont 39 paatients sont de sexe maxculin soitt (97.5%) d'hommes et 1 patient feminin soit (2.5%) de femme. On peut donc conclure que la population d'enquète est donc dominée par les hommes.

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge

Ages	Effectif	Pourcentage%
[0-10]	0	00
[10-20]	3	7.5
[20-30]	21	52.5
[30-40]	11	27.5
[40-50]	5	12.5
Total	40	100

Source : Données collectées sur le terrain

L'analyse des résultats de ce tableau montre que : la moyenne d'age de la population étudié est de 18 ans à 50 ans. La tranche d'age [20-30 ans] a enregistré le taux le plus élevé dans la population d'étude, soit un pourcentage de 52.5% (21 patients) suivi par les tranches d'âges

[30-40 ans] et [40-50 ans] respectivement à 27.5% soit (11 patients), 12.5% (5 patients). Seulement (03) patients, soit 7.5% de l'ensemble de la population a eu un âge appartenant à la tranche d'age [10-20 ans]. Cette population pourrait être constituée plus d'adultes que d'enfants et de sujets âgés (un taux de 87.5% a été enregistré pour la tranche d'age de [18-40 ans] contre seulement 12.5% pour la catégorie sujets âgés avec 00% pour la catégorie d'enfants). Ce même tableau illustre clairement que le patient ayant un problème de toxicomanie au CNHUP-C s'observe plus au niveau des tranches d'age de [20-30 ans] soit un pourcentage de 52.5%.

Tableau III : Répartition des patients selon les croyances religieuse

Religion	Effectif	Pourcentage%
Christianisme	22	55
Islam	13	32.5
Animisme	2	5
Athée	3	7.5
Total	40	100

Source : Données collectées sur le terrain

L'analyse de ce tableau montre que la majorité des enquetés sont d'une part des chrétiens soit 55% (22 patients) de la population. D'autre part 32.5% (13) qui sont des musulmans tandis que seulement 7.5% (3) des patients sont athée et 5% (2) des patients toxicomanes sont animiste.

Tableau IV : Répartition des patients selon l'activité professionnelle

Profession	Effectif	Pourcentage%
Sans emploi	18	45
Fonctionnaires	3	7.5
Commerçants	6	15
Artisans	9	22.5
Entrepreneurs	2	5
Agriculteurs	2	5
Total	40	100

Source : Données collectées sur le terrain

L'analyse de ce tableau ci-dessus montre que la prévalence de consommation de drogues est plus élevée chez les personnes sans emploi (chômeurs, étudiants). Ces gens représentent

presque la moitié de notre échantillon (45%) soit 18 patients. Un pourcentage de 22.5%, soit (09 patients) de la population sont artisans, 15% (06 patients) des consommateurs de drogues sont des commerçants et, 7.5% 5 (03 patients) sont des fonctionnaires. Suivi d'une égalité de l'effectif de (02) patients entrepreneurs et agriculteurs, soit 5% (source : données collecttées sur le terrain).

Tableau V : Répartition des patients selon l'état civil

Etat civil	Effectif	Pourcentage%
Célibataire	27	67.5
Fiancé	1	2.5
Marié	8	20
Divorcé	3	7.5
Veuf	1	2.5
Total	40	100

Source : Données collectées sur le terrain

L'analyse du tableau ci-dessus montre que la majorité des toxicomanes du CNHUP-C sont des célibataires avec un score de 67.5% de la population (27 patients) contre 2.5% de patients fiancé (1 patient), 20% de patients mariés (8 patients), 7.5% de ceux divorcés (3patients) et 2.5% de veuf soit (1 patients) dans la consommation des drogues. Nous pouvons donc dire que le fait d'être célibataire pousse plus les gens à consommer de drogues.

Tableau VI : Répartition des patients selon le niveau intellectuel

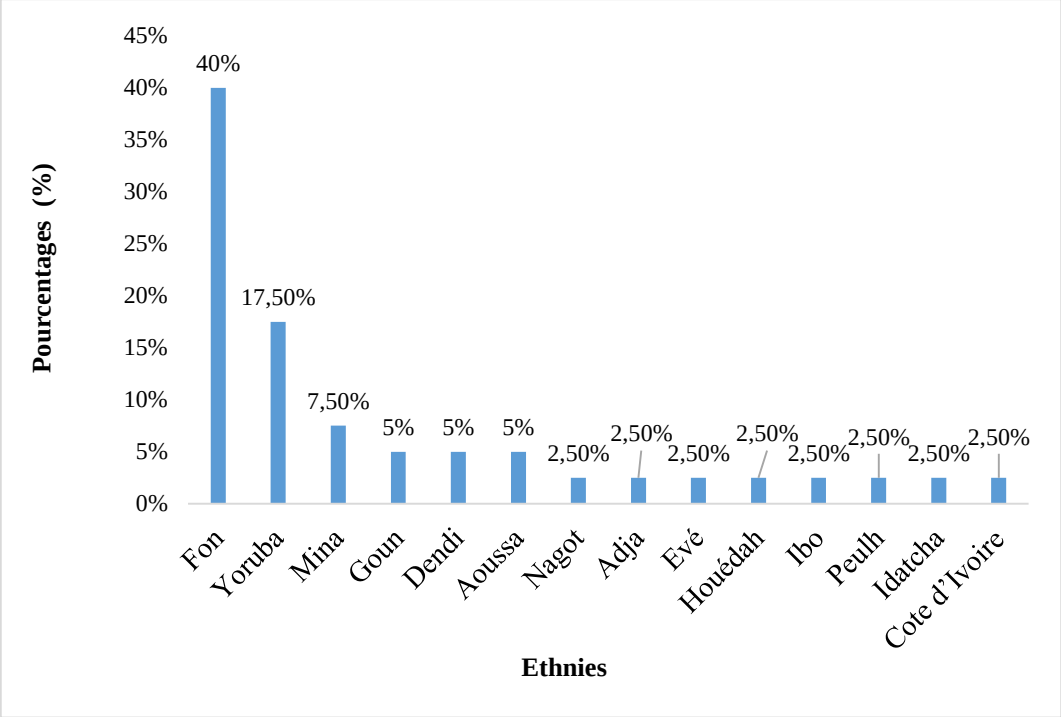
Niveau intellectuel	Effectif	Pourcentage%
Zéro	2	5
Primaire	4	10
Secondaire	16	40
Universitaire	18	45
Total	40	100

Source : Données collectées sur le terrain

L'analyse de ce tableau montre que l'usage des drogues est plus répandu chez les sujets qui ont un niveau de scolarité universitaire, ils représentent un score de 45% des patients soit (18 patients) ; alors que 40% des patients (16) ont niveau secondaire. Suivi de 10% soit (4 patents) du niveau primaire et 5% (2 patients) ayants un niveau zéro. On peut alors dire que la

toxicomanie est plus observée auprès des patients ayant un niveau intellectuel universitaire, c'est-à dire des patients en chômage ou sans emploi.

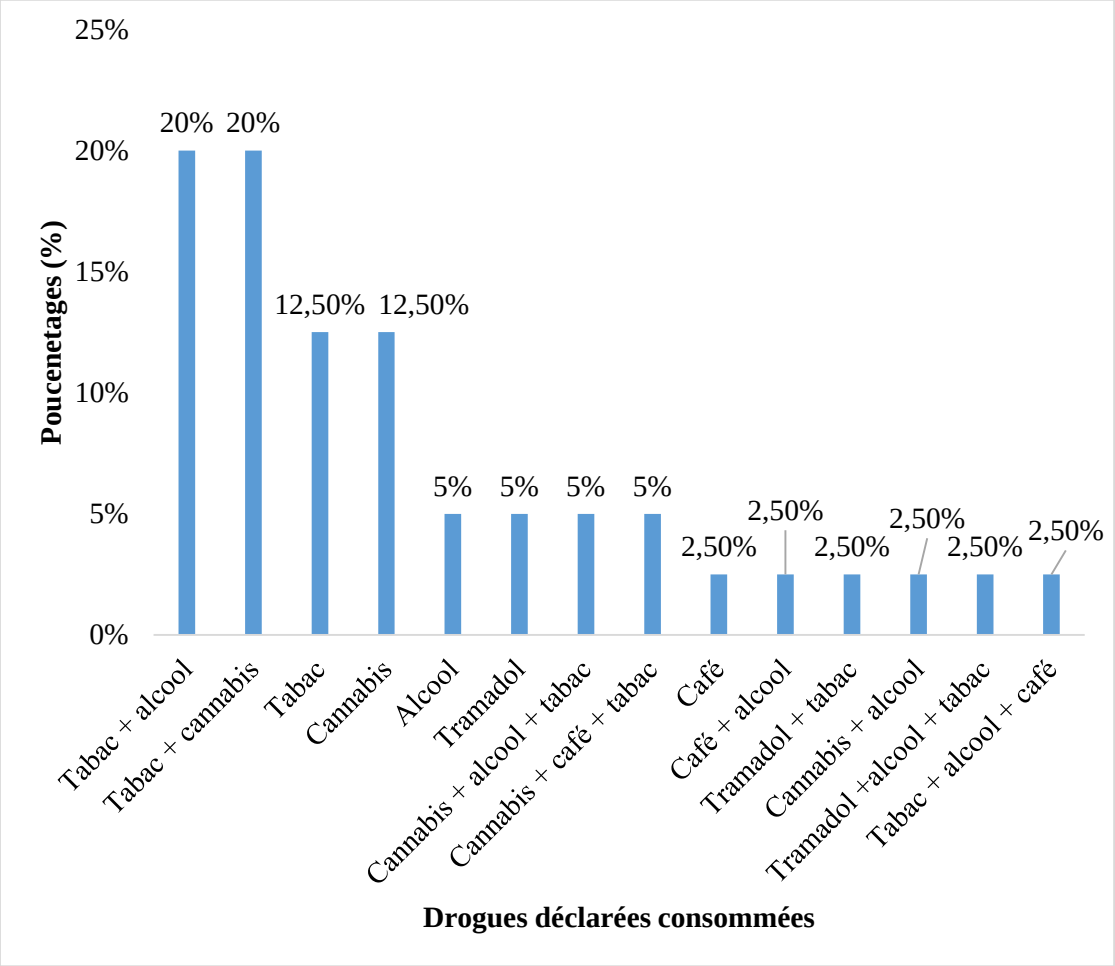
Figure I : Répartition des patients selon l'ethnie



Source : Données collectées sur le terrain

L'analyse de cette figure montre clairement que la toxicomanie s'observe d'une part en majorité chez les fon avec un pourcentage de 40% suivi par les yoruba avec un pourcentage de 17% et des mina soit 7% de la population et d'autre part une égalité d'effectif au niveau des goun, dendi, et haoussa avec un pourcentage de 5% suivi d'une égalité d'effectif chez les ethnies houédah, ibo, peulh, idatcha cote d'ivoire , nago, adja et Eve avec un pourcentage de 2.5%.

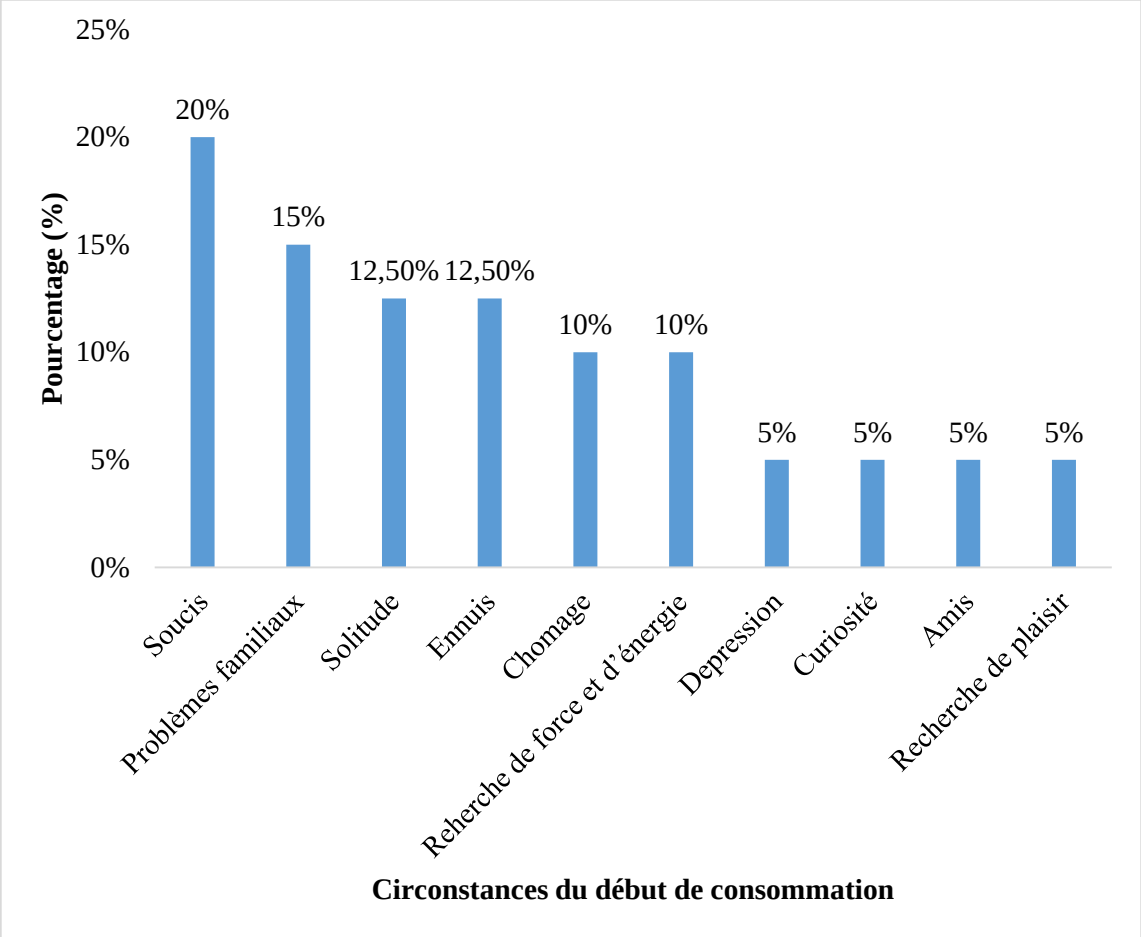
Figure II : Répartition des patients selon les drogues déclarées consommées



Source : Données collectées sur le terrain

L'analyse de la figure ci-dessus montre que, le cannabis + tabac avec un pourcentage de 20% (8 patients) est la substance psychoactive la plus consommée en matière de toxicomanie, suivi par un pourcentage d'une égalité de d'effectif de 12,5% de la population qui consomme le cannabis et le tabac (5 patients). Suivi également d'égalité d'effectif d'un pourcentage de 5% de la population de consommation d'alcool, de tramadol, de cannabis+tabac+café et de cannabis + tabac + alcool (soit 2 patients) ensuite, 6 patients avec une égalité d'effectif de 2.5% de patients.

Figure III : Répartition des patients selon les circonstances du début de consommation

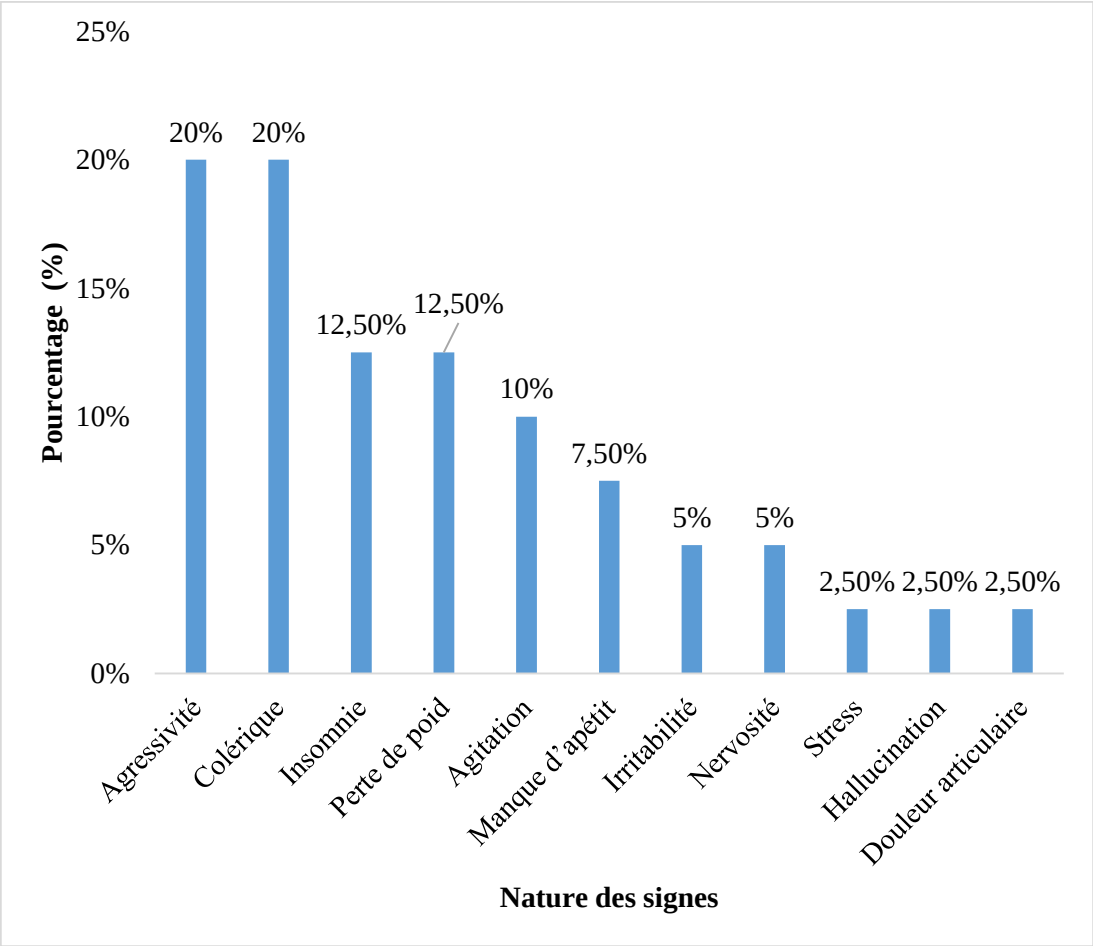


Source : Données collectées sur le terrain

L'analyse de cette figure représente les circonstances de début de consommation des substances psychoactives dans la population d'étude. On constate que la cause la plus fréquente est soucis 22.5% (9 patients) ; qui poussent les gens à consommer des drogues.

Les problèmes familiaux 15% soit (6 patients) ; la solitude 12.5%, la recherche de forcer et d'énergie 12.5% (5 patients) ; le chômage 10% 4 patients) et une égalité d'effectif au niveau de la curiosité, les amis, la dépression et la recherche du plaisir 5% soit (2 patients)

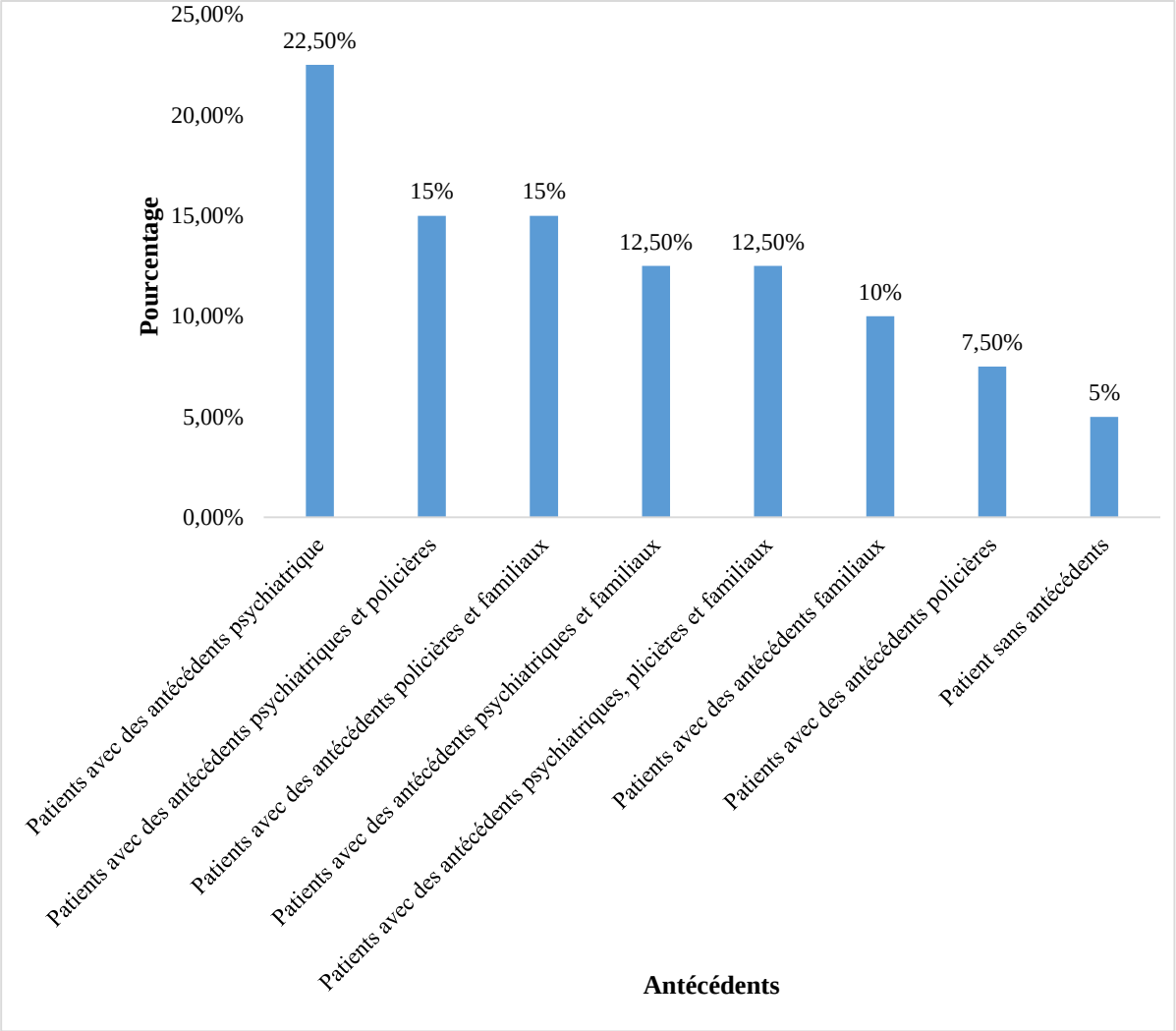
Figure IV: Répartition des patients selon la nature des signes



Source : Données collectées sur le terrain

D'après l'analyse des résultats on constate une égalité d'effectif 10% soit (4 patients) au niveau de l'insomnie, de l'agitation et d'agressivité ayant enregistré la plus grande partie de tous les autres. Une égalité d'effectif au niveau du manque d'appétit, violence et insomnie + perte de poids + manque d'appétit 7.5% soit (3 patients), suivi d'une égalité de perte de poids, nervosité, irritabilité et insomnie + colérique avec un score de 5% soit (2 patients) et enfin une autre égalité de stress, douleur articulaire, hallucination et insomnie + violence soit un pourcentage de 2.5% (1 patient).

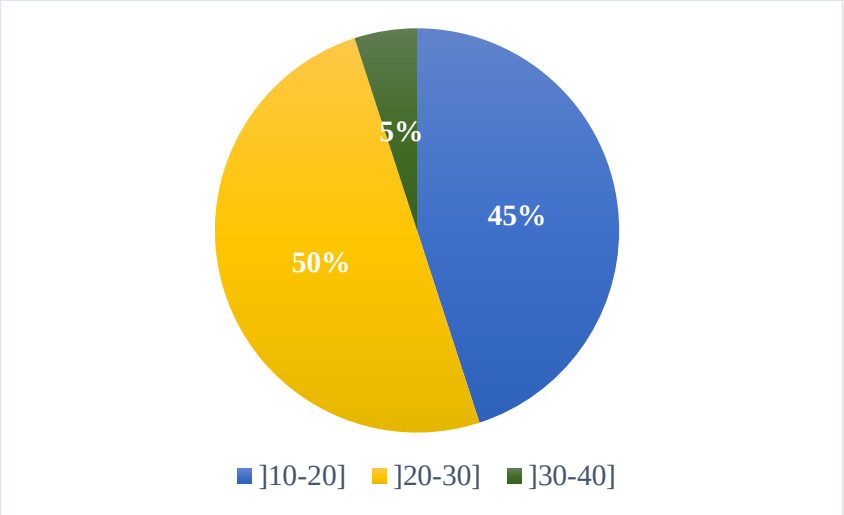
Figure V : Répartition des patients selon les antécédents



Source : Données collectées sur le terrain

L'analyse de cette figure selon les antécédents des patients de la population étudiée montre que parmi les 40 toxicomanes, 22,5% soit (9 patients) ont présenté un antécédent psychiatrique ; suivi d'une égalité de 15% (6 patients) des antécédents psychiatrique et policière et des antécédents policière et familiaux, ensuite d'une égalité de 12.5% soit (5 patients) des antécédents psychiatrique+policière +familiaux et des antécédents psychiatrique + familiaux; Suivi de 10% (4patients) des antécédents familiaux ; 7.5% (3 patients) des antécédents policière et 5% (2). Nous pouvons donc dire que la plupart des patients enquêtés sont ceux qui ont des antécédents psychiatriques

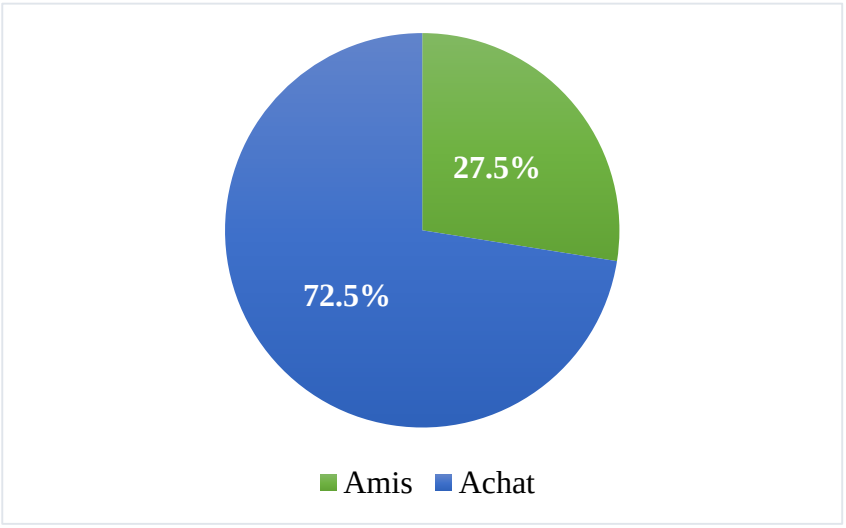
Figure VI : Répartition des patients selon l'âge du début de consommation



Source : Données collectées sur le terrain

L'analyse de cette figure montre que la majeur partie des patients questionnés ont déclarés l'ancienneté de leur premier contact avec les substances psychoactives ; la prédominance de la phase d'adulte [20-30 ans] est statistiquement confirmée (50% soit 20 patients). Suivi de la phase d'adolescence [10-20 ans] estimé à (45% soit 18 patients) et de la phase de sujet âgés [30-40 ans] estimé à un taux de (5% soit 2 patients).

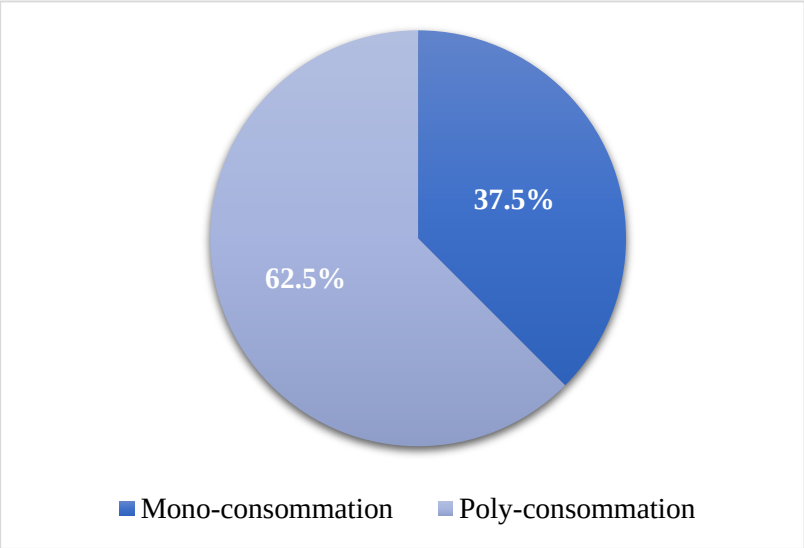
Figure VII : Répartition des patients selon la provenance des drogues



Source : Données collectées sur le terrain

D'après l'analyse de cette figure, sur les 40 toxicomanes interrogés, 72.5% soit (29) de nos patients achètent leurs drogues auprès des bonnes dames et dans la pharmacie, contre 27.5% (11) de nos patients qui s'en procurent auprès de leurs amis.

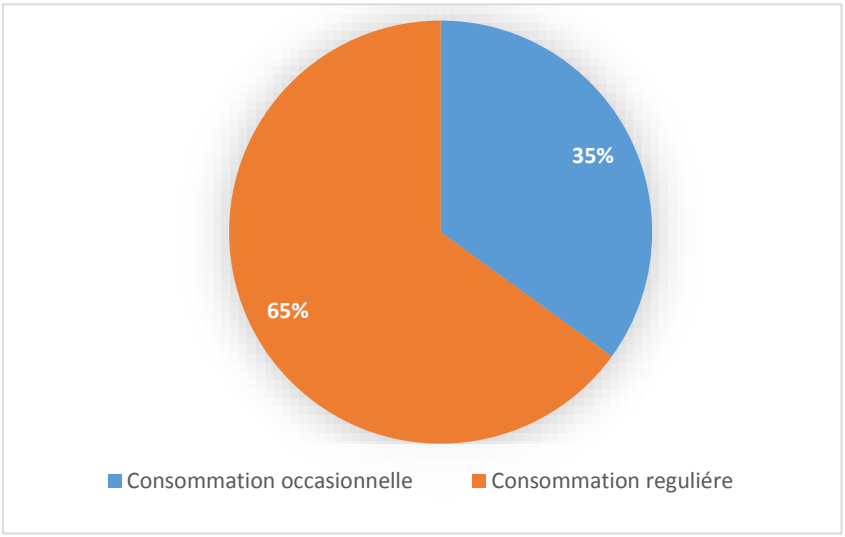
Figure VIII : Répartition des patients selon le type de consommation



Source : Données collectées sur le terrain

L'analyse de cette figure montre clairement que plus de la moitié des enquêtés consomment plusieurs drogues à la fois, soit 62.5% (25) personnes contre 37.5% personnes qui consomment une seule drogue. On peut donc bien voire que la majorité des toxicomanes consommes plusieurs drogues à la fois.

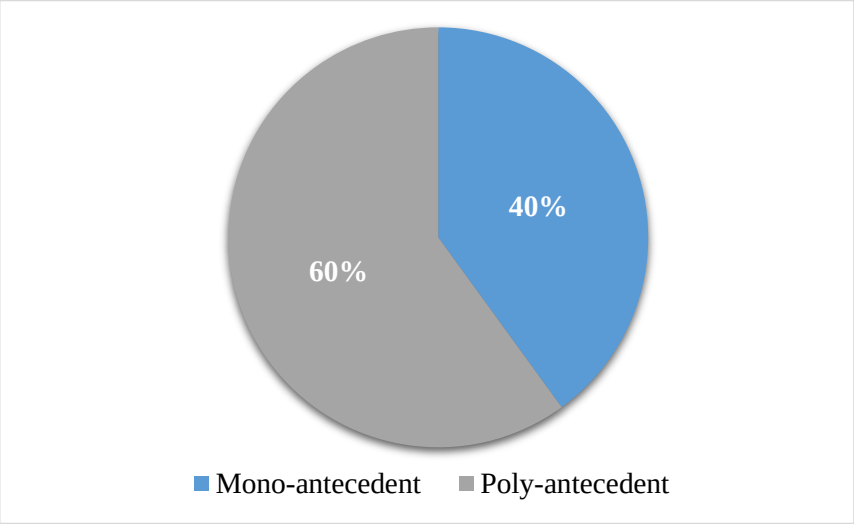
Figure VIV : Répartition des patients selon la fréquence de consommation



Sources : Données collectées sur le terrain

L'analyse de la figure ci-dessus montre que sur 40 patients interrogés 65% (26 patients) d'entre eux sont régulièrement addictent contre 35% (14 patients) occasionnellement addictent. On peut donc dire que parmi les enquêtés la majorité consomment régulièrement contre une petite partie qui consomme par occasion.

Figure X : Répartition des patients selon le type d'antécédents



Source : Données collectées sur le terrain

L'analyse des résultats de cette répartition révèle que 60% (24) de nos patients ont présenté de poly-antécédents ; contre 40% (16) des patients avec un seul antécédents.

On peut donc que la plupart des patients du CNHUP-C ont plusieurs antécédents.

3.1.2. Facteurs déterminant la consommation des drogues chez de nombreuses personnes toxicomanes au CNHUP-C

3.1.2.1. Facteurs déterminant la consommation des drogues au CNHUP-C

Les facteurs menant à la toxicomanie sont multiples. En général, les personnes les plus concernées sont déjà fragilisées par leur histoire de vie. Plusieurs facteurs sont pris en considération au CNHUP-C, il s'agit :

- des facteurs liés à l'individu lui-même ;
- des facteurs socio-environnementaux ;
- des facteurs liés aux médicaments.

En effet, l'histoire personnelle, la rencontre avec la drogue, sa disponibilité et une exposition chronique peuvent influencer l'apparition de la toxicomanie. L'instabilité psychologique et psychiatrique doit également être prise en compte.

Facteurs liés à l'individu lui-même

- les facteurs génétiques et biologiques peuvent conduire à la consommation ;

- la santé physique et psychologique ;
- manque d'estime de soi ;
- manque d'affirmation de soi ;
- parents consommateurs ;
- famille dysfonctionnelle ;
- vulnérabilité psychique ;
- besoins d'éliminer une frustration et un mal être intérieur ou une timidité trop prononcée.

Facteurs socio-environnementaux

- disponibilité du médicament ;
- vente libre des médicaments ;
- le manque d'information sur les substances psychoactive ;
- le manque d'implication des parents dans l'éducation des enfants.

Facteurs lié aux médicaments

- propriété pharmacologique ;
- cout du médicament ;
- facilité de transport ;
- disponibilité du produit ;
- l'accès au produit et son exposition chronique ;
- la vente libre des médicaments.

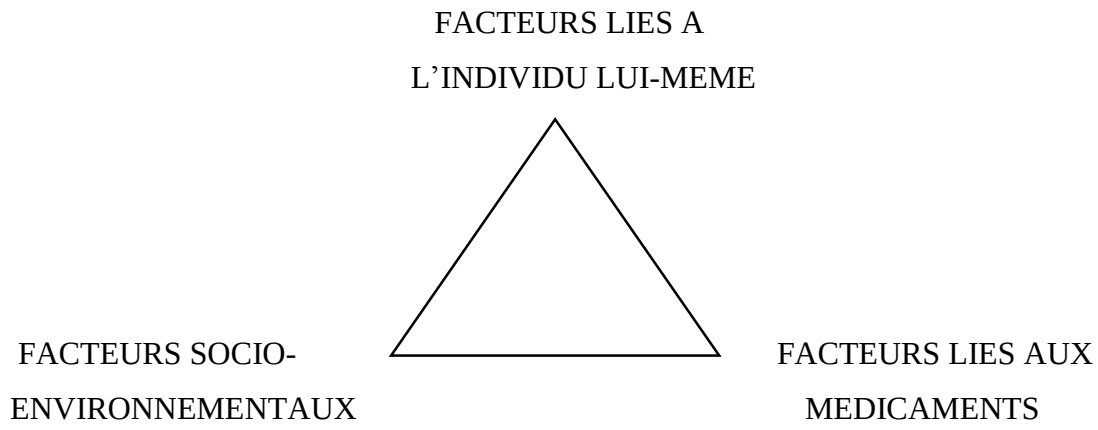


Schéma des causes

3.1.2.2. Les conséquences de la toxicomanie

Au début, les effets des drogues sont bénéfiques pour la personne qui les consomme. Comme nous venons de le dire, elles comblent souvent un manque dans leur vie ou dans leur personnalité ou permettent de s'échapper de la dure réalité. Cependant, peur à peu les effets néfastes prennent les pas sur les aspects positifs. Une fois que la dépendance est installée, le toxicomane est obnubilé par le produit au détriment de tout le reste et va jusqu'à encourir de nombreux risques. Cette dépendance joue ainsi négativement sur le bien-être de celui qui le consomme. Il s'agit donc :

- de l'abandon scolaire ;
- troubles mentaux ;
- troubles psychiatriques ;
- des troubles somatiques ;
- des conduites antisociales ;
- des conflits familiaux ;
- des troubles cognitifs ;
- le tremblement des membres du corps ;
- la vulnérabilité psychique et physique ;
- risques infectieux ;
- difficultés sociales ;
- le chômage (perte d'emploi) ;
- comportement compulsifs ;
- agressivité ;
- irritabilité ;
- angoisse ;
- confusion ;
- hallucination ;
- délire ;
- dépression ;
- perte de poids ;
- stress ;
- insomnie.

-

3.1.3. Les facteurs clés qui contribuent à l'efficacité de la prise en charge psychologique des personnes toxicomanes

Lorsque l'on parle de traitement, on réfère aux moyens mis en œuvre afin d'aider une personne à se libérer d'une dépense ou d'un usage problématique de SPA. Les principaux modèles d'intervention via les différents traitements au CNHUP-C sont :

- l'approche cognitive-comportementale ;
- l'approche motivationnelle ;
- l'approche systémique ;
- l'approche familiale.

La thérapie cognitivo-comportementale : c'est l'une des approches les plus couramment utilisées dans la prise en charge des personnes toxicomanes au CNHUP-C, elle aide au changement de comportement. Elle se concentre sur la modification des pensées et des comportements liés à la consommation de substances et améliore le bien-être psychologique de ces toxicomanes.

Thérapie motivationnelle : la thérapie motivationnelle est une approche centrée sur le renforcement de la motivation intrinsèque des personnes toxicomanes à changer leurs comportements. Elle vise à aider les individus à explorer et à résoudre leur ambivalence vis-à-vis de la consommation de substances. Elle renforce également la motivation et aide à la prise de décision pour le changement. Elle peut donc être efficace pour réduire la consommation de substances et améliorer la motivation au changement.

Les stades de changement de la thérapie motivationnelle lors de la prise en charge des addictions sont les suivants :



Source : salle de consultation CNHUP-C

Thérapie familiale : Elle implique la participation des membres de la famille dans le processus de traitement. Elle vise à améliorer la communication et les relations familiales, ainsi qu'à soutenir le rétablissement de la personne toxicomane. La thérapie familiale peut être bénéfique pour réduire la consommation de substances et améliorer le fonctionnement familial.

Thérapie systémique : La thérapie systémique est une approche thérapeutique qui se concentre sur la relation et les interactions entre les membres d'un système, tel qu'une famille ou un couple. Elle vise la compréhension des problèmes individuels influencés par le contexte relationnel et de travailler à des solutions qui impliquent tous les membres du système. La thérapie familiale est efficace dans le traitement des problèmes familiaux, des problèmes de

couple, des troubles mentaux tels que les conflits, l'infidélité, les difficultés de communication, la dépression, l'anxiété, les troubles de l'humeur pour le changement durable et efficace à long terme.

3.1.4. Les facteurs conduisant à une meilleure réhabilitation et à une diminution de l'usage de substances psychoactives

Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge psychologique des toxicomanes, plusieurs processus de changement doivent être mis en place. En effet, plusieurs types de thérapies s'offrent aux jeunes ayant un problème de consommation, chacune comportant ces forces et ces faiblesses. A cet effet, Les mesures mise en place pour améliorer la prise en charge des toxicomanes au CNHUP-C sont :

- impliquer la famille dans le traitement ;
- promouvoir la recherche en addictologie ;
- diversifier les approches de prise en charge ;
- renforcer le plateau technique ;
- obtenir une meilleure adhésion de l'entourage ;
- faire une psychoéducation ;
- sensibiliser sur les inconvénients de la consommation de la drogue.

3.1.5. Interprétation des résultats à la lumière de la revue de littérature

Cette étude révèle que plusieurs facteurs déterminent la consommation des drogues tels que les facteurs liés à l'individu lui-même, les facteurs liés aux médicaments et les facteurs socioenvironnentaux comme l'affirme Catherine Barben et al., (2007), dans son rapport sur la prise en charge des personnes toxicomanes : en théorie trois facteurs principaux sont prise en considération **« le produit, la personnalité et le contexte socioculturel »**. D'autre part nous remarquons que les toxicomanes sont exposés à plusieurs dangers tels que les troubles mentaux, les troubles psychiatriques, les troubles somatiques, les troubles cognitifs, l'abandon scolaire, les conduites antisociales, les conflits familiaux comme le faisait savoir Marwan El Khoury, (2016), **« Suivant le parcours de leurs vies, les toxicomanes vivent le chaos ; ils n'arrivent pas à voir le bout du tunnel ».** Néanmoins, cette étude nous oriente vers les facteurs clés qui contribuent à l'efficacité de la prise en charge de ces derniers tels que la thérapie cognitive comportementale, la thérapie motivationnelle, la thérapie familiale et la thérapie systémique comme l'a sur bien dire William et Johnson (2017), **« l'efficacité des approches utilisés sont celles axées sur la motivation ; qui ont montré des résultats prometteurs dans l'engagement des patients dans le traitement ».**

3.1.6. Interprétation des résultats à la lumière des théories évoquées

D'après cette recherche, nous pouvons dire que parmi les causes liées aux toxicomanies la plupart de ces facteurs sont socio-environnementaux. C'est-à-dire beaucoup de ces patients sont ceux qui ont commencé à consommer parce que soit les amis en consomment ou leur donnent, soit ils observent les autres en prendre et par curiosité ils décident d'en faire autant. D'un côté, nous avions reçu des patients qui disaient : ***« C'est mes amis qui m'en ont donné, j'en ai vu des gens consommer, c'est mon frères qui fume, j'en ai pris par curiosité juste pour voir ce que ça fait ».*** Pour aller en profondeur penchons-nous un peu plus vers la théorie de l'apprentissage social d'Albert Bandura (1997) qui met l'accent sur l'influence de l'environnement social dans le développement et le maintien des comportements toxicomanes.

De l'autre côté, il y a un homme qui affirmait ***« J'ai été retenu en garde à vue deux fois à la police parce que je me suis battu avec un client, mes parents ont même demandé à la police de fermer mon propre restaurant, en plus je n'ai même pas de femme. C'est pourquoi j'ai accepté l'idée qu'on m'emmené ici »,*** cette affirmation fait référence à la théorie de la motivation selon Edward Deci, Richard Ryan (1985) qui met l'accent sur le rôle crucial de la motivation dans la prise en charge des personnes toxicomanes. Elle permet de comprendre les facteurs qui influencent la motivation d'une personne à changer son comportement addictifs et à s'engager dans un processus de rétablissement.

Une fois encore, un autre jeune homme disait à sa mère lors de la visite ***« Maman tu sais quoi, j'ai décidé que je dois sortir d'ici le plus tôt possible, j'ai confiance en moi, je dois reprendre mes études, c'est pourquoi je suis toutes instructions des docteurs à la lettre »***. Cette affirmation met en lumière la théorie de l'estime de soi qui se réfère à la valeur et à l'appréciation que l'on a de soi-même. Dans ce contexte l'estime de soi élevée à favoriser la motivation de ce patient à changer, à renforcer la résilience face aux difficultés et améliorer la confiance en soi nécessaire pour surmonter les obstacles liés à la consommation.

Cela ne se limite pas là parce que lorsque nous nous référons à la théorie d'Abraham Maslow (1943-1970), les besoins d'appartenance et d'amour aux soins des relations sociales positives et soutien affectif. Certains patients sont ceux qui s'inscrivent dans ce contexte, de besoins d'amour et d'affect, quand un patient dit ***« mon père me manque, il est toujours absent, ma mère aussi pareil, ils sont toujours en voyage, je vis seul avec mon frère »*** Cette affirmation nous montre que certains consommateurs sont en quête d'affection.

3.2. DISCUSSION DES RESULTATS

Après la recherche sur la prise en charge psychologique des personnes toxicomanes au CNHUP-C, nous pouvons noter que la toxicomanie est plus observée chez les hommes que les femmes au CNHUP-C. D'une part, nos résultats ont montrés que plusieurs facteurs déterminent la consommation des drogues chez de nombreuses personnes. Au nombre de ceux-ci nous pouvons citer trois facteurs qui sont les facteurs liés à l'individu lui-même, les facteurs socio-environnementaux et les facteurs liés à l'individu lui-même. A l'intérieur de ces facteurs, se trouve des sous facteurs. D'autre part, Catherine Barben et al. (2007) dans son rapport 'la prise en charge des personnes toxicomanes met en évidence que les facteurs menant à la toxicomanie son multiple. En effet, trois principaux facteurs sont pris en considération **:** le produit, la personnalité et le contexte socio-culturel. Il faut la présence de ces trois éléments pour influencer l'apparition de la toxicomanie. De plus, d'après nos recherches, nous avons pu relever les conséquences de la toxicomanie sur les patients de CNHUP-C. Dès le premier contact avec un toxicomane, on peut directement observer les effets secondaires de la consommation de la drogue. Il s'agit des effets tels que le tremblement des membres du corps, des troubles mentaux, des troubles somatiques, des comportements antisociaux, des troubles cognitifs, des conflits familiaux, des insomnies, dépression, perte de poids, des hallucinations, les délires**.** Catherine Barben, Trinh Huynh et Cynthia Decrin (2007) dans leurs recherche sur la prise en charge des personnes toxicomanes déclarent également cela en énumérant les effets de la toxicomanie comme le niveau de vie, la vie professionnelle, la santé, les relations familiales, les relations avec la société et la santé publique. Cela s'explique clairement que nos résultats concordent avec ceux d'autres auteurs ayant travaillé sur la toxicomanie. Voilà donc en quoi consiste l'excellence de notre recherche et de nos résultats. Nous pouvons donc dire que notre première hypothèse est validée.

D'un autre côté, les toxicomanes ont besoin de traitements efficace dans leur prise en charge. C'est ainsi que nos recherches se sont également centrés sur les facteurs clés contribuant à l'efficacité de la prise en charge psychologique des toxicomanes. D'après nos recherches, les différents modèles de traitements de la toxicomanie au CNHUP-C se présentent comme la thérapie cognitivo-comportementale qui aide au changement de comportement et se concentre sur la modification des pensées et des comportements liés à la consommation. La thérapie motivationnelle qui, de son côté est centrée sur le renforcement de la motivation intrinsèque des personnes toxicomanes à changer leur comportement. Prochaska et DiClement (1984) ont élaboré un modèle transthéorique qui décrit le changement comme un processus progressif en six (06) étapes : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et

la rechute. La thérapie familiale qui implique la participation de la famille dans le processus de traitement, elle aide à la communication et à l'amélioration des relations familiales et la thérapie systémique qui se concentre sur les relations et les interactions entre les membres d'un système tel qu'un couple ou une famille, elle vise la compréhension des problèmes individuels influencés par le contexte relationnel et de travailler à des solutions qui impliquent tous les membres du système. De l'autre côté, Catherine Arseneault (2009) dans son mémoire de maitrise en psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières sur le 'point de vue des jeunes sur leur passage dans une unité spécialisée en toxicomanie en centre jeunesse utilisent également cinq (05) principaux modèles d'intervention proposés aux jeunes via les différents traitements. Il s'agit de l'approche cognitive-comportementale, de l'approche familiale, de l'approche motivationnelle, du modèle Minnesota et de l'approche communauté thérapeutique**.** Tous très efficace dans le traitement des jeunes toxicomanes. De plus Bergeron J. et al (2000) dans la motivation de la clientèle et efficacité d'un programme de traitement en alcoolisme et traitement déclarent également que la motivation, c'est d'abord une variable importante pour inciter le client à faire une demande d'aide, pour s'engager ensuite dans le traitement offert , et pour persévérer dans ce traitement jusqu'l'obtention de changement significatifs dans sa consommation. Nous pouvons donc dire que notre seconde hypothèse est validée.

Ensuite, l'amélioration de la prise en charge psychologique des personnes toxicomanes nécessite la mise en place des facteurs conduisant à une meilleure réhabilitation et à une diminution de l'usage de substances psychoactives. Les résultats de ces recherches nous présentent plusieurs processus de changements tels que impliquer la famille dans le traitement, promouvoir les recherche en addictologie, diversifier les approches de prise en charge, renforcer le plateau technique, obtenir une meilleure adhésion de l'entourage, faire une psychoéducation et sensibiliser sur les inconvénients de la consommation des drogues. Acier, D. et al., (2007), processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie- santé mentale. Santé mentale au Québec, déclarent aussi que les principaux éléments de diminution de la consommation sont l'utilisation des services, des techniques personnelles mises au point par les participants, le réseau familial, les activités occupationnelles et un processus de maturation. De plus, Dennis et al., (2004) nous présentent ici trois groupes de déterminants dans le processus de changement des jeunes, soient les composants du traitement de la toxicomanie (l'implication de la famille, les facteurs d'aide thérapeutique en groupe). Au bout de tout cela nous retenons que notre troisième hypothèse est validée.

CONCLUSION

La toxicomanie est un problème de santé publique majeur, qui nécessite une prise en charge globale et pluridisciplinaire. Au CNHUP-C, l'accompagnement psychologique des patients toxicomanes est une dimension essentielle de leur parcours de soins. Les addictions, qu'elles concernent l'alcool, le tabac ou d'autres substances psychoactives, sont souvent liées à des troubles psychiques sous-jacents qu'il est indispensable de prendre en compte. Les entretiens avec un psychologue permettent dans un premier temps d'évaluer la personnalité et l'état psychique des patients, afin de déterminer les axes principaux du suivi psychothérapeutique. Ce bilan initial vise aussi à dépiter d'éventuel troubles psychiatriques associés (dépression, anxiété, troubles de la personnalité), qui doivent faire l'objet d'une prise en charge spécifique en parallèle du sevrage. L'accompagnement psychologique proposé aux patients toxicomanes au CNHUP-C est à la fois individuel et collectif. Les thérapies de groupe, sous forme d'ateliers ou de groupes de parole, créent une dynamique d'entraide et de soutien entre les patients, qui renforce la motivation de chacun et prépare la réinsertion sociale. En parallèle, le suivi individuel permet d'approfondi sur l'histoire personnelle du patient, la compréhension de ses mécanismes addictifs et l'élaboration d'alternatives pour prévenir la rechute.

Différents courants psychothérapeutiques sont mobilisés par les psychologues du CNHUP-C, en fonction des besoins de chaque patient : thérapie cognitivo-comportementales, psychanalyse, thérapie systémique, thérapie familiale, thérapie motivationnelle. L'objectif est d'aider la personne à acquérir de nouveaux comportements pour faire face à l'addiction, mais aussi de travailler sur les causes profondes et les facteurs de vulnérabilité qui ont conduit à la dépendance. Au-delà de la phase initiale de sevrage, le suivi psychologique est maintenu sur le long terme pour consolider l'abstinence et éviter les rechutes. Cet accompagnement prolongé est essentiel chez des patients présentant une addictologie lourde et chronique. Des entretiens réguliers permettent de soutenir la motivation du patients, de l'aider à surmonter les moments de crise, et de travailler sur d'éventuels traumatismes problématiques sous-jacentes resurgissant une fois le produit abandonné.

Pour optimiser la qualité de la prise en charge psychologique, le CNHUP-C s'efforce de proposer un cadre thérapeutique structurant et contenant. La stabilité de l'équipe soignante et la cohérence des projets de soins sont des atours importants pour établir une relation de confiance avec les patients. Par ailleurs, la coordination étroite entre psychologues, psychiatres, médecins et autres paramédicaux est indispensable pour assurer un suivi global et pluridisciplinaire. En conclusion, l'accompagnement psychothérapeutique est un maillon

essentiel dans le parcours de soins proposé aux patients toxicomanes au CNHUP-C. Au-delà du sevrage, c'est un travail au long cours qui doit être mené pour conseiller l'abstinence, prévenir les rechutes, et favoriser l'autonomie et l'insertion sociale des patients. Grace à une équipe pluridisciplinaire engagée et à une palette diversifiée d'approches thérapeutiques, le CNHUP-C offre un cadre propice à la reconstruction psychique des personnes souffrant d'addictions.

SUGGESTIONS

A l'endroit du gouvernement

- Sensibiliser la population sur l'existence des centres de désintoxication des substances psychoactives
- Construire d'autres centres de désintoxication dans toutes les régions du pays certifiés par l'état, permettant à tout citoyen dans le besoin d'en de bénéficier
- Créer des comités de sensibilisation sur les inconvénients de la toxicomanie et approches de solution
- Promouvoir l'accompagnement d'ordre psychologique et psychiatrique au bénin.

A l'endroit des centres d'accompagnement

- Créer des comités d'écoute et d'orientation des femmes en quête de sevrage de toxicomanie
- S'assurer des compétences des membres de ces équipes d'écoute et d'orientation
- Faire appel aux professionnels de la santé mentale comme les psychologues

A l'endroit de la population

- Eviter de critiquer les personnes qui se trouvent dans ces situations car elles n'ont pas voulu le devenir, c'est une situation qui a conduit à cela
- Ecouter et rassurer ces personnes de ne pas perdre de l'espoir car il y a toujours une solution à tout
- Les aider à entrer en contact avec les professionnels en santé mentale

REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Acier, D., Nadeau, L. & Landy, M. (2007). Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie-santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 59-82. https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=Processus+de+changement+de+la+toxicomanie+&oq=#d=gs_cit&t=1706315704748&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AyoEIjbC9CKcJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D2%26hl%3Dfr, Consulté le 25/01/2024.
- Aguemon, B., Gansou, M., Padonou, G., Djossou, E. & Dahissiho, L. (2017, 26 octobre). Consommation de substances psychoactives et facteurs associés en milieu scolaire dans la commune de Bohicon (Benin). *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lome*, 19(3), 521-532. https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&assdt=0%2C5&asvis=1&q=Toxicomanie+au+B%C3%A9nin+&oq=toxiicomanie+a#d=gscit&t=1707261891495%2Fscholar%3Fq3Dinfo%3Aav98AFdSP00J%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D2%26hl%3Dfr, Consulté le 05/02/2024.
- Arseneauld, C. (2009). *Points de vue de jeunes sur leur passage dans une unité spécialisée en toxicomanie en centre jeunesse.* (Mémoire de maitrise en psychoéducation). Université Zdu Québec à Trois-Rivières.
- Barben, C., Huynh, T. & Decrind, C. (2007). La prise en charge des personnes toxicomanes. (Rapport d'immersion de communauté). Université de Genève.
- Bergeron, J., Brochu, S., Landry, M. & Joly, P. (2000). Motivation de la clientèle et efficacité d'un programme de traitement en alcoolisme et toxicomanie. Editeur non identifié. https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&assdt=0%2C5&asvis=1&q=Traitements+efficacit%C3%A9+de+la+toxicomanie+&btnG=#d=gscit&t=1706315047797&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AZhhOQbhaNMJ%Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Dfr, Consulté le 25/01/2024.
- Bertrant, K., Tremblay, J., Arseneault, C., Landry, M., Bergeron, J. & Plourde, C. (2010). Impacts des traitements et processus de rétablissement chez les jeunes toxicomanes québéquois. *Drogues, santé et société,* 9(1), 211-247. https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=Traitements+et+efficacit%C3%A9+de+la+toxicomanie+&oq=#d=gs_cit&t=1706315476327&u=%2Fscho

lar%3Fq%3Dinfo%3AU1BZGZY_LOUJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D2%26hl%3Dfr, Consulté le 23/01/2024.

- Bourouis, N., Chouki S., Laimeche, A. & Lourguioui I. (2021). Dépistage des drogues dans le cadre de la cure de désintoxications au centre d'enseignement et de recherche.
- Brochu, S. (2006). Drogue et criminalité. Une relation complexe, Presses de l'Université de Montréal, « Paramètres ».
- Brochu, S. & Schner, B. (2001), Drogue et délinquance : regards sur les travaux nord-américains récents, Groupement de recherche épsychotropes, « *politique et société* », CNRS, Paris n 9.
- Canguilhem, G. (1958). Qu'est-ce-que la psychologie ? Revue de métaphysique et de Morale, 63(1), 1225. http://scholar.google.com/scholar?cluster=13345259823407531566&hl=fr&assdt=2005&sciodt=0,5&sciq=Qu%27estce+que+la+psychologie+%3F#d=gscit&t=1706036920968&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3ALoZaRjM7KJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26scfhb%3D1%26hl%3Dfr%26scioq%3DQu%2527est%2Bque%2Bla%2Bpsychologie%2B%253F, Consulté le 05/02/2024.
- De wever, V. (2019). *La toxicomanie chez la femme enceinte*. (Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie). Université de Rouen Normandie UFR Santé-Département Pharmacie.
- Dowden, C. (2003). L'efficacité du traitement de la toxicomanie chez les jeunes délinquants. Ministère de la justice Canada.
- El Khoury, M. (2016). Gestion de soi et addiction à la drogue : approche analytico-systémique d'un groupe de jeunes drogués en situation thérapeutique (Doctoral dissertation), Université de Strasbourg. https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=Toxicomanie+et+th%C3%A9rapie+syst%C3%A9mique+&btnG=#d=gs_cit&t=1706141771932&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AIiYW9tY8qykJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D1%26hl%3Dfr, Consulté le 02/02/2024.
- Ferraro, F., Ferraro, R. & Massard, A. (1997). Conséquences de la toxicomanie à la cocaïne pendant la grossesse sur le développement de l'enfant. *Archives de pédiatrie*, 4(7), 677-682. https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=les+cons%C3%A9quences+de+la+toxicomanie+&oq=#d=gs_cit&t=1706314905290&u=%2Fscholar%3F

q%3Dinfo%3A_pBZy0AhboJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Dfr, Consulté le 06/02/2024

- Joly, P., Nadeau, L. & Landy, M. (2013). Processus de changement et troubles mentaux chez les clients toxicomanes : perspectives quantitative et qualitative. Les troubles concomitants de toxicomanie et santé mentale, 71. https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=Processus+de+changement+de+la+toxicomanie+&oq=#d=gs_cit&t=1706315704748&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AyoEIjbC9CKcJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp3D2%26hl%3Dfr, Consulté le 07/02/2024.
- Lochen, V. (2018). Santé publique et intervention sociale dans comprendre les politiques sociales pages 446 à 485. https://www.cairn.info/comprendre-les-politiques-sociales--9782100781133-page-446.htm, Consulté le 06/02/2024.
- Mbassa, M.D., Menguene , J.L. & Benguile, B. (2012). Addictions chez l'africain en milieu hospitalier : Bilan de 39 mois à la clinique psychiatrique de l'hopital Jamot de Yaoundé. *Perspectives Psy*, 51(1), 54-62. https://scholar.com./scholar?hl=fr&assdt=0%2C5&asvis=1&q=Toxicomanie+en+Afrique+&oq=#d=gscit&t=1707261405082&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3A0gRHG8itPcJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D5%26hl%3Dfr, Consulté le 30/01/2024.
- Obot, E. (2016). La consommation de drogues et ses effets sur les jeunes en Afrique de l'Ouest. *Uyo : Centre de recherche et d'information sur la toxicomanie (CRISA).* https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&assdt=0%2C5&asvis=1&q=Toxicomanie+en+Afrique+&oq=t#d=gscit&t=1707261258464&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AbLYxnbL90HUJ%3Aschplar.google.com%2F26output%3Dcite%26scirp%3D1%26hl%26Dfr, Consulté le 25/01/2024.
- Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC). (2022). Drogue : Le nombre de toxicomanes a augmenté de 26% en 10 ans. https://www.lepoint.fr/santé/drogues-le-nombre-de-toxicomanes-a-augmente-de-26-en-dix-ans-27-06--2022-2481153-40.php#11, Consulté le 01/02/2024.
- Tall, E. K. & Ahyi, R.G. (1988). Le Centre de Neuropsychiatrie de Jacquot : un itinéraire ou les difficultés de la mise en place des structures de la psychiatrie (l'exemple du Bénin) *Psychopathologie Africaine*, 22 (1), 5-20 ISSN 0033-314X.

ANNEXES

GUIDE D'ENTREIEN

	QUESTIONS	REPONSES
Identité du patient	Age	
	Sexe	
	Ethnie	
	Religion	
	Profession	
	Etat civil	
	Lieux de résidence	
	Niveau intellectuel	
Détermination des types de drogues	Quels sont les types de drogues que vous consommez ?	
	Quel est le début de consommation de ces drogues ?	
	Quelle est la provenance de ces drogues ?	
	Quel est le type de consommation de ces drogues (mono-consommation ou poly-consommation)?	
	Quelle est la fréquence de consommation (régulière ou occasionnelle) ?	
	Avec qui les consommez-vous ?	
	Avez-vous consulté un psychologue dès votre première prise ?	
Détermination des facteurs déterminants la consommation des drogues	Qu'est-ce qui vous pousse à consommer des drogues ?	
	Entretenez-vous de bonne relation avec vos parents (famille) ?	
	Parvenez-vous à assurer vos besoins ?	
	Quelles sont les circonstances du début de consommation ?	
Identification des effets accompagnant la toxicomanie	Que ressentez-vous à la prise des drogues ?	
	Dormez-vous bien ?	
	Avez-vous de l'appétit ?	
	Votre poids est-il intact depuis que vous consommez des drogues ?	
Antécédents	Avez-vous déjà été hospitalisé dans un centre psychiatrique ?	
	Avez-vous déjà une fois été arrêté à la police ?	
	Une personne de votre famille consomme-t-elle de la drogue ?	

QUESTIONNAIRE AUX PSYCHOLOGUES

NUMERO	QUESTIONS	REPONSES
1	Quelles sont les causes de la toxicomanie ?	
2	Quelles sont les conséquences de la toxicomanie ?	
3	Quels ont les traitements psychologiques adaptés à la toxicomanie ?	
4	Quel est l'efficacité de ces traitements ?	
5	Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la prise en charge psychologique des toxicomanes ?	
6	Comment peut-on améliorer la prise en charge psychologique des personnes toxicomanes ?	

TABLE DES MATIERES

Sommaire…….. 2

In memorium…….. 3

Dédicace…… 4

Remerciements……..... 5

Liste des Tableaux……. 6

Liste des figures……. 7

Résumé…….. 8

Abstract…….. 8

Introduction……..... 9

Chapitre I : Cadre intitutionnel et déroulemnt du stage……... 11

1.1. Cadre physique du CNHUP-C……..... 11

1.2. Historique de création du CNHUP-C……..... 11

1.3. Présentation générale du CNHUP-C……. 12

1.4. Activités et missions principales du CNHUP-C……..... 13

1.5. Ressources du CNHUP-C……..... 13

1.6. Présentation du nombre du personnel constitutifs du CNHUP-C……. 14

1.7. Présentation de la structure organisationnelle……..... 16

1.8. Déroulement et observation au cours du stage……...17

1.9. Services parcourus et travaux effectués…… 17

1.10. Objectifs de stage……..... 20

1.11. Synthèse des acquis et des difficultés rencontrés……... 20

Chapitre II : Cadre théorique et approche méthodologique de la recherche..... 22

2.1. Clarification conceptuelle..... 22

2.2. Revue de littérature..... 25

2.3. Problématique..... 27

2.4. Objectifs de recherche..... 30

2.5. Hypothèse de recherche..... 30

2.6. Cadre théorique et conceptuel..... 30

2.7. Démarche méthodologique de la recherche..... 34

2.7.1. Participants…… 34

2.7.2. Nature de la recherche…… 34

2.7.3. Groupe cible……... 35

2.7.4. Technique d'échantillonnage……. 35

2.7.5. Technique et outils de collectes de données…….. 35

2.7.6. Aspects éthique de la recherche……. 36

2.7.7. Traitement et analyse de données…….. 36

2.7.8. Procédure……... 36

Chapitre III : Présentation, analyse et discussion des résultats..... 37

3.1. Présentation et analyse de résultats..... 37

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés..... 37

3.1.2. Facteurs déterminant la consommation des drogues chez de nobreuses personnes toxicomanes au CNHUP-C..... 47

3.1.3. Facteurs contribuant à l'efficacité de la prise en charge psychologique des personnes toxicomanes..... 50

3.1.4. Facteurs conduisant à une meilleure réhabilitation et à une diminution de l'usage de substances psychoactives..... 52

3.1.5. Interprétation des résultats à la lumière de la revue de littérature……. 52

3.1.6. Interprétation des résultats à la lumière des théories évoquées……. 53

3.2. Discussion des résultats…… 55

Conclusion……... 57

Suggestions…….. 59

Refferences bibliographiques……... 60

Annexes……..... 63