Psy *Cause*

65

1er trimestre 2014

Sommaire

Un pays, un article 3

Réflexions sur le meurtre d'Althusser
Bernard Hubert 4

État de stress post-traumatique et usage problématique de substances : évaluation de programme préliminaire en lien avec l'efficacité d'une clinique spécialisée pour Franco-ontariens en milieu hospitalier universitaire
Jean-Philippe É. Daoust, Mélanie Renaud, Benoit Bruyère, Catherine Juéry, Lisa M. Najavits 12

L'abord des patients avec personnalité borderline en début de psychothérapie analytique : À propos de l'évolution de deux patientes
Salem Mlika, Ahmed Souheil Bannour, Béchir Ben Hadj Ali 30

Caractéristiques épidémiologiques et psychopathologiques de la toxicomanie au Bénin
Grégoire Magloire Gansou, Mathieu Tognidè, Emilie Fiossi Kpadonou, André Alihonou, Josiane Ezin Houngbé, Thérèse Agossou, René Gualbert Ahyi. 35

Problématique de l'insertion de la santé mentale dans les soins de santé primaire en Côte d'Ivoire : à propos de 103 patients admis en hospitalisation à Bingerville
Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena, Awo Catherine Assi-Sedji, Brahim Samuel Traore, Loyaga Jean-Jacques Soro, Roger Charles Joseph Delafosse, Drissa Kone 42

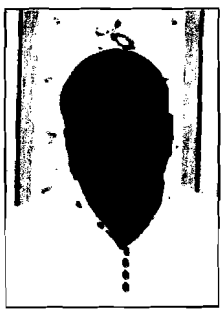
Stress professionnel et burnout des enseignants du secteur formel à Lomé (Togo)
Kolou Simliwa Dassa, Amaèti Simliwa Pitala, Kokou Messanh Agbémélé Soedje 50

Manie et adolescence : aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique
Moridofé Doukouré, Yessonguilana Jean Marie Yéo Ténéna, Kémo Soumaoro, Solo Condé, Alain Lazartigues 56

La dégradation des relations ou l'évolution inévitable ? (dégradation fatale ou transformation inéluctable ?)
Jan Cimický, Omar Mounir 62

Les congrès et colloques de PsyCause 66

Revue trimestrielle
Dr J.-P. Bossuat – 3 rue de la Balance - 84000 Avignon
Site web :
http://www.psycause.info
Prix du numéro : 15 €
Infographie : NHA (Six Fours les Plages)
Imprimeur : Ranchon (Saint-Priest – 69)
ISSN 1245-2394



Grégoire Magloire Gansou

Caractéristiques épidémiologiques et psychopathologiques de la toxicomanie au Bénin

Auteurs : Grégoire Magloire Gansou[1], Mathieu Tognidè[1], Emilie Fiossi Kpadonou[3], André Alihonou[2], Josiane Ezin Houngbé[3], Thérèse Agossou[3], René Gualbert Ahyi[3].

Résumé : de multiples facteurs caractérisent la toxicomanie au Bénin. De janvier 2006 à décembre 2010, nous avons réalisé au CNHP de Cotonou, une étude transversale à visée descriptive qui avait pour objectif d'étudier les aspects épidémiologiques et psychopathologiques de la toxicomanie. Les sujets de l'étude représentaient 21,05% des patients du CNHP. 64,89% avaient au moins le niveau d'étude secondaire. Le plus jeune toxicomane était âgé de 10 ans et 64, 59% avaient entre 21 à 30 ans. 23,67% des toxicomanes étaient issus de familles au sein desquelles l'absence de représentations parentales authentiques était en cause. Au rang des drogues consommées, on retrouvait le cannabis (47,66%), la cocaïne (24,96%), l'héroïne (23 ,67%) et des amphétamines de fabrication locale. La polytoxicomanie représentait 53,41% des cas. La lutte contre la toxicomanie nécessite une collaboration étroite avec les professionnels de la santé mentale et un engagement politique plus courageux.

Mots clés : épidémiologie, psychopathologie, substances psychoactives, toxicomanie, moyens de lutte.

Summary: multiple factors characterizedrug-addiction in Benin. From January 2006 to December 2010, we realized at the CNHP of Cotonou, across-sectional studywith a descriptive aim the objective of which was to study the epidemiological and psychopathological aspects of addiction. Thestudy targets represented 21.05% of patients at the CNHP. 64.89% had at least ahigh-school education. The youngest addict was aged 10 and 64,59% were between 21-30 years. 23.67% of addicts were from families in which the lack of genuine parental representations was at issue. Among the drugs used, there were cannabis (47.66%), cocaine (24.96%), heroin (23, 67%) and amphetamines manufactured locally. Polytoxicomania represented 53.41% of cases. The fight against drug addiction requires close collaboration between mental health professionals and acourageous political commitment.

Keywords: epidemiology, psychopathology, psychoactive substances, drug-addiction, control methods.

Introduction

S'intéresser aux toxicomanies constitue de nos jours à la fois une nécessité et une tâche bien délicate. Une nécessité parce que le phénomène apparait bien inquiétant et on ne peut en détourner les yeux ; une tâche bien délicate car nous sommes en face d'un symptôme traduisant des désordres profonds sur lesquels il convient de centrer nos préoccupations [2]. Définie comme un mode de consommation d'une substance psychoactive préjudiciable pour la santé psychique ou physique, la toxicomanie affecte dangereusement bon nombre de couches sociales notamment la jeunesse [3]. Elle est déterminée par de multiples facteurs qui sont d'ordre psychologique, sociofamilial, culturel, économique et politique. Face à l'ampleur du phénomène constatée aujourd'hui dans le monde, il est opportun de faire l'état des lieux au Bénin et d'évaluer les mesures mises en place pour y faire face. La présente étude souligne les aspects épidémiologiques, psychopathologiques et thérapeutiques de la toxicomanie à partir des patients reçus au Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP) de Cotonou.

1. Département de Santé Mentale, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi et Centre National Hospitalier de Psychiatrie de Cotonou.
2. Département de psychologie et des sciences de l'éducation, Faculté des Lettres Arts et Sciences humaines, Université d'Abomey Calavi
3. Département de Santé Mentale, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi et Centre National Hospitalier et Universitaire HKM, Cotonou, Bénin.
Auteur correspondant : Dr Grégoire Magloire GANSOU, psychiatre, 03 BP 1890 Cotonou Bénin. Email : ggansou@hotmail.com Tél. :(229) 97 32 86 78 Fax (229) 21 38 42 82.

Cadre et méthodologie

Notre étude s'est déroulée au CNHP de Cotonou. Ce centre est subdivisé en cinq blocs dont l'Unité de Soins d'Urgence aux Toxicomanes (USUT) qui s'occupe de la prise en charge des toxicomanes.

Figure n° 1 : Unité de Soins d'Urgence aux Toxicomanes (USUT). Photo de l'auteur.

Il s'agit d'une étude descriptive de type rétrospectif et prospectif qui a duré cinq ans. L'étude rétrospective couvre la période allant de janvier 2006 à septembre 2009 tandis que l'étude prospective s'est déroulée d'octobre 2009 à décembre 2010.

La population d'étude est constituée de 621 patients âgés de 10 à 50 ans. Les aspects étudiés concernent les caractéristiques générales, les caractéristiques familiales et les caractéristiques psychopathologiques des toxicomanes.

Les patients retenus pour l'étude sont tous ceux dont l'anamnèse révèle une conduite toxicomaniaque, qui consomment les substances psychoactives de façon fréquente ou qui présentent une notion de dépendance. Nous avons exclu de l'étude tout patient n'ayant ni antécédent toxicomaniaque ni conduites addictives ainsi que toute personne ayant fait usage de drogue ou d'alcool de façon occasionnelle ou festive ou qui ne présente pas de notion de dépendance

Les données collectées sont traitées à l'aide du logiciel Excel 2007.

Résultats

Caractéristiques générales

- **Répartition des patients sur la période d'étude**
  Figure n°2 : Répartition des patients reçus au CNHP sur une période de 5 ans.
- **Age et Sexe des toxicomanes**
  Figure n°3 : Répartition selon le sexe par tranche d'âge.
- **Nationalités** : 13 (treize) nationalités sont recensées dont 86,47% de béninois
- **Niveau d'instruction** : 34,46% des enquêtés étaient des universitaires (étudiants ou fonctionnaires) ; 30, 43% étaient des élèves ou avaient le niveau d'étude secondaire ; 23,03% ont arrêté les études au cours primaire.

Caractéristiques familiales

- **Type de famille**
  Figure n°4 : Répartition selon la situation matrimoniale des parents.

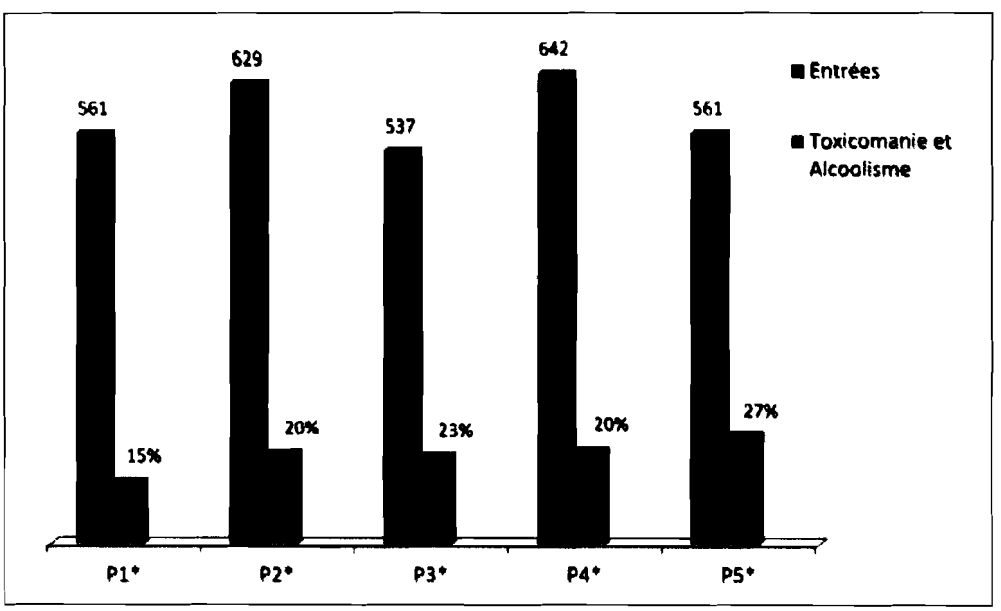


Figure n°2 : Répartition des patients reçus au CNHP sur une période de 5 ans.
(* P1-2-3-4 et 5 représentent les 5 ans d'étude, divisées en cinq (5) périodes d'un (1) an.)

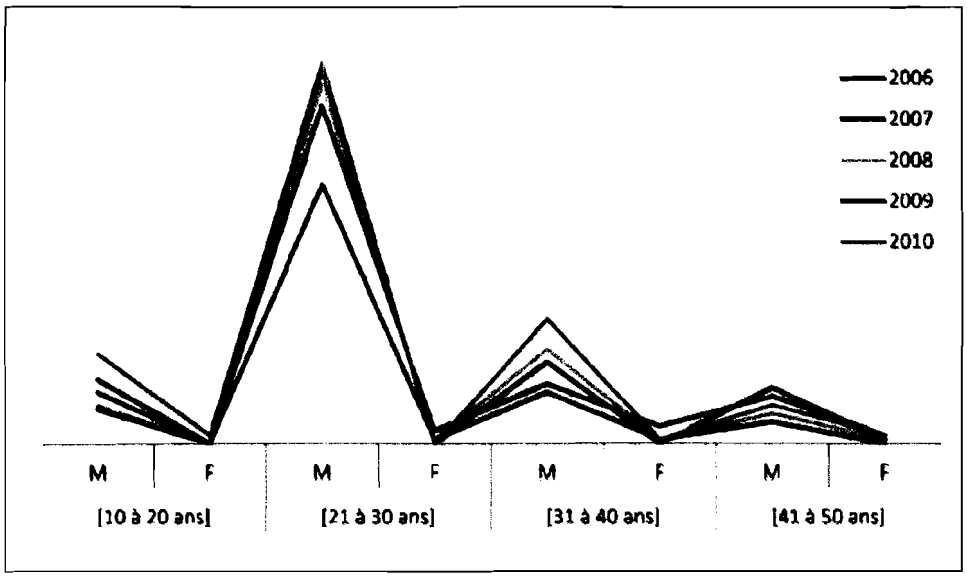


Figure n°3 : Répartition selon le sexe par tranche d'âge. (M = Masculin et F = Féminin.)

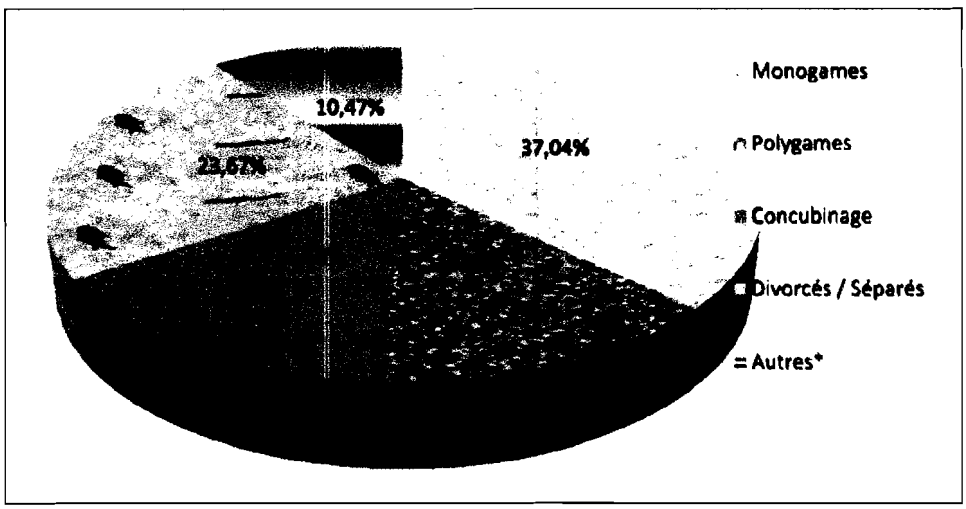


Figure n°4 : Répartition selon la situation matrimoniale des parents. (* «Autres» représente toute structure familiale non décrite précédemment y compris les décès de parents.)

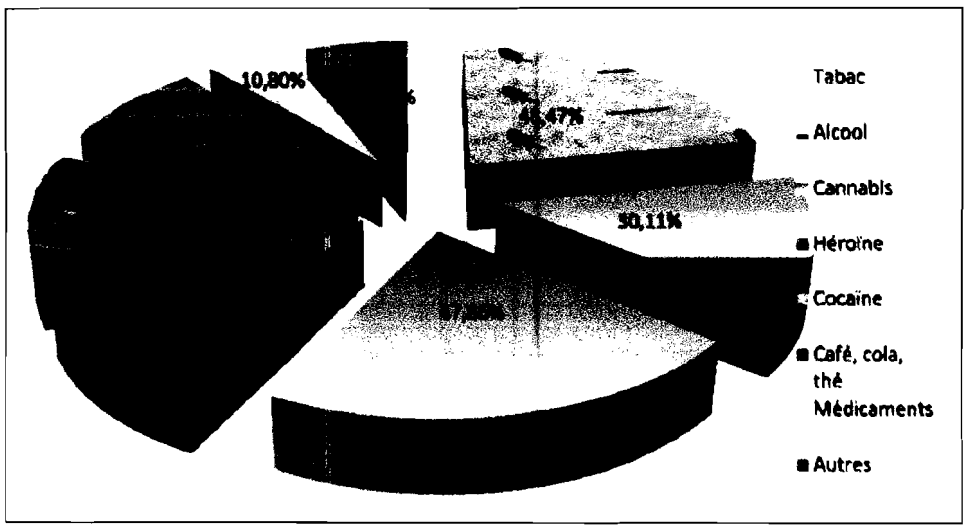


Figure n°5 : Répartition selon les substances psycho actives consommées. («Autres» représente les associations fabriquées par le patient.)

- **Lieux de résidence des enquêtés**
  Tableau I : Répartition selon le lieu de résidence.

Tableau I – Répartition selon le lieu de résidence.

	Effectifs	Pourcentages %
chez les deux parents	94	15,14
Chez le père uniquement	52	8,37
Chez la mère uniquement	132	21,26
Chez le père remarié	75	12,08
Chez la mère remariée	128	20,61
Autres*	140	22,54
Total	621	100
* «Autres» désigne les placements chez un parent (oncles, tantes, ami), dans un internat. Dans ce travail, c'est la forme de résidence la plus adoptée.		

- **Types de communication au sein des familles**
  Tableau II : Répartition selon le type de communication familiale.

Tableau II – Répartition selon le type de communication familiale.

	Effectifs	Pourcentages %
Paradoxale	195	31,40
Autoritarisme	136	21,90
Dialogue	73	11,76
Protectionnisme	98	15,78
Communication unilatérale	81	13,04
Autres*	38	6,12
Total	621	100
* «Autres» désigne ici, toutes les autres formes de communication familiale non catégorisées dans notre étude.		

- **Situation professionnelle des parents** : 97,11% des sujets sont issus de parents exerçant un emploi.

Caractéristiques psychopathologiques

- Substances psycho actives consommées par les enquêtés
  Figure n°5 : Répartition selon les substances psycho actives consommées.
  Figure n°6 : drogue illicite.
- Raisons évoquées
  Figure n° 7 : Répartition selon les raisons évoquées.

Discussion

Caractéristiques épidémiologiques

L'évaluation de l'incidence de la toxicomanie se heurte à un certain nombre de difficultés méthodologiques qui dépendent de l'origine des sources (médicale, judiciaire, enquête en population générale) et qui font que les résultats ne sont pas toujours concordants [4]. On estime qu'environ 230 millions de personne, soit 5% de la population adulte mondiale, ont consommé une drogue illicite au moins une fois en 2010 [8]. Dans notre étude, les hommes sont plus représentés avec un pourcentage de 96,78%. La proportion des femmes toxicomanes en population générale est estimée à une femme pour quatre hommes et reste comparable au sexe ratio (1/4) des patients en contact avec des réseaux de soins [11]. Selon Debray et al [5] les populations les plus touchées sont celles de la tranche d'âge de 18 à 25 ans au chômage. Il ressort de la présente étude que le plus jeune toxicomane béninois a 10 ans et que 64,59% des enquêtés ont entre 21 et 30 ans. Pour Ait Mohand et al [1], l'enfant en devenant adolescent met à l'épreuve la vision du monde que ses parents et les adultes lui ont fait découvrir. Il cherche à affirmer son autonomie et oscille entre la volonté de profiter d'une liberté nouvelle et la découverte de la notion de responsabilité. Les effets recherchés par la prise de produits sont à la fois ceux de l'amusement, de la nouveauté et de l'imitation.

Nonobstant le caractère limité des données récentes sur l'usage de drogues illicites en Afrique, la drogue la plus couramment consommée dans la région reste le cannabis, suivi par les stimulants de type amphétamines [8]. Le cannabis encore appelé au Bénin « gué », « gandja », ou « odja » est la substance la plus consommée par nos enquêtés (47,66%). Cette plante est produite dans plusieurs localités du Bénin et certaines populations en font anormalement des cultures de rente. En 2010, la plupart des pays africains qui ont fourni des informations à l'ONUDC ont fait état d'une hausse de l'usage de cannabis et d'opioïde notamment l'Afrique du Sud, le Nigéria, le Mozambique et le Swaziland [8]. La polytoxicomanie est retrouvée dans la présente étude à un pourcentage de 53,41% et les associations les plus fréquentes sont : alcool + cannabis, alcool + cannabis + tabac, cannabis + alcool + diazépam et/ou trihexyphénidyle. Ces associations sont également retrouvées dans plusieurs autres pays d'Afrique [8].

La présence parmi les enquêtés de ressortissants étrangers (14%) témoigne de la porosité de nos frontières et montre combien la lutte contre la toxicomanie doit être une lutte sous régionale voire régionale.

Caractéristiques psychopathologiques

Nous avons noté dans notre travail que les toxicomanes sont issus de parents divorcés ou séparés (23,67%), vivent dans une famille recomposée (22,54%). Au sein des familles de ces toxicomanes, la communication paradoxale domine le tableau relationnel (31,40%). Ces statistiques témoignent des dysfonctionnements au sein des familles des toxicomanes. Les parents, de plus en plus occupés par leurs activités professionnelles, s'acquittent moins bien de leur responsabilité au niveau familial. Cette situation entraîne un relâchement dans les relations parents-enfants et donne lieu à une défaillance dans la fonction éducative des enfants. L'enfant, pour s'épanouir, a besoin de l'affection et de l'éducation conjointe de ses deux parents. Lorsqu'il est élevé dans un milieu stable, il est immunisé contre la délinquance. Il vit le divorce et la séparation de ses parents comme un

Figure n°6 : Drogue illicite. Photo de l'auteur.

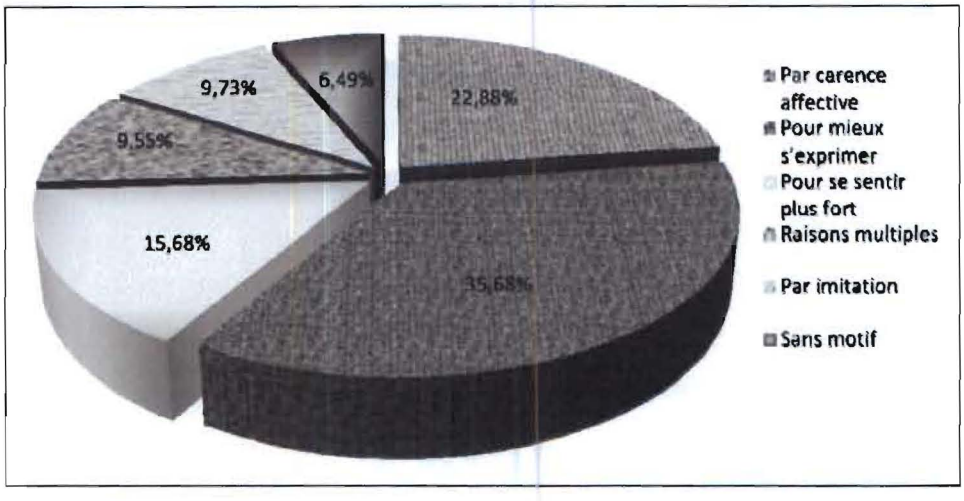


Figure n° 7 : Répartition selon les raisons évoquées.

stigmate. Il se sent mal aimé, rejeté, voire en insécurité et s'adonne à des actes de délinquance voire l'usage abusif de substances psychoactives pour compenser son vide [12]. La recomposition familiale ou le remariage des parents semble également accroître les difficultés d'adaptation et les troubles du comportement chez les enfants. L'atmosphère familiale invivable et faite d'incompréhension, pousse l'adolescent à chercher des compensations ailleurs [1]. Ces compensations seront recherchées à l'école, dans les lieux d'apprentissage ou dans un groupe de rencontre de l'enfant et de l'adolescent. L'adolescent qui va mal, cache des parents qui vont mal. Selon Tognidè et *al* [10] il faudra rechercher dans la biographie du toxicomane, le sous bassement affectif émotionnel et psychosocial de sa conduite toxicomaniaque.

Il ressort de nos résultats que la tranche d'âge moyenne d'initiation à l'usage des drogues se situe entre 13 et 21 ans. Cette période est celle d'un remaniement et d'une consolidation de l'image de soi. Elle est sous-tendue par la poussée pubertaire qui signe l'entrée dans l'adolescence en impliquant une crise, une rupture de l'équilibre antérieur. Cette crise se manifeste par un sentiment de dépaysement vis-à-vis de soi-même et du monde, un sentiment d'étrangeté, voire de désaccord et d'inquiétude, qui appellent un retour de la subjectivité [4]. La difficulté de l'adolescent au rapport avec les autres, et son impossibilité à faire du lien est souvent en cause dans la toxicomanie. 63,77% de nos enquêtés évoquent comme raison principale de cette conduite, un défaut de communication et 40,90%, une carence affective. Pendant l'adolescence, le Moi de l'adolescent fait face à des modifications physiques rapides, à la réactivation de pulsions sexuelles et agressives. L'idéalisation des images parentales est remise en cause, l'identification

aux parents est rejetée et il convient de choisir d'autres objets d'investissement libidinal [9]. La toxicomanie juvénile reproduit le processus initiatique traditionnel tel qu'il existe dans de nombreuses cultures, c'est-à-dire qu'elle sépare le jeune du groupe familial pour lui faire subir des épreuves. En séparant ces adolescents du groupe familial, elle leur évite la confrontation trop intense pour eux, avec la reviviscence des pulsions œdipiennes et la réapparition des conflits identificatoires. Elle éloigne des images parentales trop chargées d'excitations et favorise son relai par un autre investissement tyrannique, exclusif. Ce faisant, elle radicalise la rupture avec les parents [4]. Selon Wansi [12], n'importe quel adolescent a envie de connaître ces expériences. Pour celui qui va bien, cela va lui donner un seuil, il définira ses limites et l'expérience lui servira de leçon. Mais pour ceux qui vont mal, qui ont des problèmes d'identification, des relations conflictuelles avec les parents, ce sera le début d'un usage régulier qui pourrait aboutir à une dépendance et à un abus des drogues. Ce qui semble en cause dans la famille du toxicomane ce n'est pas obligatoirement un drame affectif général survenu à un moment donné (un divorce par exemple) comme cela se rencontre dans de nombreuses conflictualisations de modèle œdipien ; mais plutôt l'absence de représentations parentales authentiques [2].

La toxicomanie à l'épreuve des générations

L'usage de drogue à l'adolescence est un phénomène qui relève de plus en plus de la modernité. Les sociologues s'accordent à dire que les formes les plus communes de la déviance dans une société sont la délinquance et la toxicomanie [6].

Avant les années 60, la toxicomanie était connue mais assez peu répandue, trouvant ses adeptes dans certains milieux artistiques ou chez des sujets appartenant aux professions médicales et paramédicales. Aujourd'hui, la feuille de coca est cultivée partout et devient un produit utilisé par toutes les populations pauvres pour supporter la souffrance de la faim. La nouveauté du phénomène des toxicomanies juvéniles est dans trois aspects spécifiques : l'utilisation de nouvelles drogues, les nouveaux modes d'utilisation des stupéfiants, et une nouvelle clientèle que sont les adolescents [4].

La vente illicite de substances psychoactives au Bénin comme dans d'autres pays africains est facilitée par l'absence d'une législation forte imposant la prescription médicale pour la délivrance de produits dangereux. Les toxicomanies médicamenteuses sont fréquentes. C'est le cas par exemple des tranquillisants comme le diazépam dénommé « D10 » que les populations se procurent facilement dans les pharmacies et dans les marchés. Ce produit est à l'origine d'intoxications volontaires, de surdosages, de dépendance. La consommation répandue de ces psychotropes fait qu'ils sont devenus une des premières sources de modulation de la conscience et de la pensée chimiquement induite [7].

Notons également que les combinaisons de produits comme les solvants organiques (éther, colle de maquette, dissolvant) sont d'usage courant dans le milieu des toxicomanes béninois. Il en est de même des amphétamines locales connues sous le nom de « azobaté », ou encore de « katerpillar », autant d'expressions pour traduire l'infatigabilité, la force ou encore la puissance invincible que procurent ces produits à leurs consommateurs. Certains toxicomanes (2,90% des enquêtés) font leur première initiation dans les couvents et autres milieux de culte pourtant reconnus comme véritables détenteurs des valeurs culturelles en Afrique ; ces milieux étant dans la logique de leur pratique cultuelle. L'extension et les nouveautés de ce phénomène permettent ainsi d'éclairer d'un jour nouveau la définition de la conception classique de la toxicomanie. Héritée de la psychiatrie du XIXe siècle où le terme de manie désigne les états les plus divers, la toxicomanie n'apparait plus de nos jours, comme une monomanie, comme une maladie, ni même un symptôme au sens classique du terme mais comme une conduite ou un système d'attitude à plusieurs portes d'entrée : biochimique et pharmacologique, sociologique, psychologique [4].

Face à toutes ces réalités et selon toute vraisemblance, le toxicomane est condamné à la rechute au Bénin d'autant qu'à l'étape actuelle les structures étatiques de prévention, d'accueil, de soins et de réinsertion sont quasiment inexistantes. Elles se résument à la seule Unité de Soins d'Urgence aux Toxicomanes (USUT) du CNHP qui s'occupe de la prise en charge hospitalière des toxicomanes. Ces derniers, ne se reconnaissant pas malades ne supportent pas d'être hospitalisés dans un service de psychiatrie pour subir une cure de sevrage. La lutte contre la drogue au Bénin reste la mission première du Comité Interministériel de Lutte contre l'Abus des Stupéfiants (CILAS) qui privilégie la lutte répressive. En dehors des mesures répressives, les pouvoirs publics doivent mieux faire dans le domaine des soins, de la prévention et de l'information du public. Aussi, serait – il judicieux d'affirmer devant la vitesse de dégradation des valeurs socioculturelles et les nouvelles formes de toxicomanie, qu'il est probable que la jeunesse soit de plus en plus victime de sa propre émancipation.

Conclusion

Le cannabis et les amphétamines sont les deux principales substances à l'origine des demandes de traitement liées à l'usage de drogue illicite au Bénin. Le toxicomane béninois se drogue pour faire face à des difficultés existentielles. Il se trouve dans un état de dépréciation de soi et se focalise sur un objet externe auquel tout pouvoir est conféré et qui joue pour lui le rôle de régulation artificielle de l'estime de soi. Face aux mutations socioculturelles, politiques et économiques qui bouleversent aujourd'hui le monde, la lutte contre la toxicomanie est l'affaire de tous et ne peut se limiter à prendre pour cible les toxicomanes déclarés ou les dealers. Il s'agit de prévenir beaucoup plus tôt les échecs maturatifs décelables ou prévisibles et de renforcer le rôle régulateur de l'environnement familial sur les crises de l'Œdipe ou de l'adolescence. Cela nécessite une meilleure

collaboration avec les professionnels de la santé mentale, la création d'infrastructures de prise en charge, et des décisions politiques plus courageuses.

Références

1. Ait Mohand A, Terranti I. *la consommation de drogue chez l'adolescent, Evaluation et orientations.* INSP, 2004 ; 42 – 44.
2. Bergeret J. *Toxicomanie et personnalité.* PUF, 2ème éd. Paris, 1994 ; 127p
3. Betschy G. *Toxicomanie : recueil à l'usage des médecins.* ISPA-PRESSE, Lausanne, 1992 ; 53-564. Braconnier A, Caron P, *Les toxicomanies. In* Lebovici S, Diatkine R, Soule M. *Nouveaux traités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1ère éd, Quadrige /PUF, Paris, 1999 ; Tome IV : 2443-24825. Debray Q, Granger B, Azaïs F. *Psychopathologie de l'a*dulte, 2ème éd, Masson, Paris, 2001 ; 380p
6. Galland O, *Sociologie de la jeunesse.* Edition Armand Colin, 2001 ; 219-220.
7. Menecier P, Texier MA, Las R, Ploton L. *Peut-on parler d'ivresse benzodiazépinique ? A propos d'intoxications benzodiazépiniques aigües ni suicidaires ni mortifères.* Encéphale, 2012, 38(1) : 25-30
8. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Rapport mondial sur les drogues.* Vienne ; ONUDC, 2012
9. Philip-Asdih C. *Dépressivité et estime de soi chez le toxicomane en institution.* Revue de Recherches en Éducation. 1997, 20 : 116-130.
10. Tognidè CM, Gandaho P, Kouagou P, Ezin Houngbè J, Ahyi RG. *Alcoolisation abusive des jeunes de 10 à 24 ans dans la ville de Natitingou : impacts socioculturels et sanitaires.* Le Bénin médical n° 31, 2005 ; 51-54
11. Touzeau D, Jacquot C. *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues.* Arnette, Paris 1998 ; 127p
12. Wansi E. *Les drogues en Afrique subsaharienn.* Observatoire Géopolitique des drogues. Karthala, Cameroun, 1998 ; 50-57.

Serviteur de la cour du roi d'Abomey. Bronze béninois. Photo Psy Cause.