

Clinique de l'addiction : etiopathogenie, consentement thérapeutique et prise en charge psychologique

JEAN-ROMUALD SIBY

sibyeck@yahoo.fr

CENTRE DE RECHERCHE ET D'ETUDES EN PSYCHOLOGIE (CREP)

UNIVERSITE OMAR BONGO

LIBREVILLE (GABON)

Résumé :

De toutes les conduites psychopathologiques, l'addiction est peut-être celle qui interroge le plus les limites entre le normal et le pathologique. A travers deux cas cliniques, nous avons montré comment les traumatismes enfantins, le deuil, les maltraitements... constituent un mécanisme étiologique en addiction. Nous avons ensuite fait ressortir l'importance du consentement thérapeutique des patients dans la prise en charge.

Cette étude propose ainsi, la prise en compte dynamique des trois dimensions : étiologie, consentement et prise en charge pour une bonne perspective thérapeutique et un meilleur pronostic en addictologie.

Mots clés : *addiction, étiopathogénie, consentement, prise en charge.*

Abstract :

Of all the psychopathological behaviors, addiction is perhaps the one that most questions the boundaries between the normal and the pathological. Through two clinical cases, we demonstrated how childhood traumas, bereavement, abuse... serve as an etiological mechanism in addiction. We then highlighted the importance of the therapeutic consent of patients in their care.

This study thus proposes a dynamic consideration of the three dimensions: etiology, consent, and care to ensure a good therapeutic perspective and better prognosis in addiction.

Key words : *addiction, etiopathogenesis, consent, care.*

Introduction

Le terme addiction est utilisé aujourd'hui de façon courante pour designer toute dépendance à une substance ou à une situation. Cette conduite se définit par son aspect répétitif et par son caractère irrépessible. La perte de contrôle, la non-reconnaissance

des répercussions négatives de ce comportement en sont des caractéristiques clés.

Pour S. FERENCZI (1985, p. 58), les addictions peuvent servir à surmonter des phobies mais particulièrement elles ont un rôle dans la répétition de traumatismes. Il énonce un rôle de protection, de mécanisme de défense. Ainsi, s'intéresser à l'étiopathogénie et au rôle des addictions permet de dégager des intuitions cliniques tout à fait utiles sur la compréhension de ce phénomène qui a subi bien des préjugés ces dernières décennies, entravant parfois tragiquement la prise en charge des patients du fait de la méprise qui s'était installée à leur sujet.

La distinction entre différentes formes d'addictions n'apporte que peu d'éléments sur les raisons psychiques du phénomène compulsif. Ferenczi (idem) avait déjà souligné l'idée que même si l'on parvient à imposer l'abstinence à un patient, le psychisme s'il est toujours en souffrance, trouvera d'autres frayages (p. 12, 18 et 19).

La conception du phénomène addictif a largement évolué au cours du temps (Brouwet, 2022, p.66). Une compréhension de ce phénomène permet de mieux appréhender le fonctionnement psychologique des patients dépendants et d'améliorer les prises en charge, fréquemment ponctuées de problèmes de rechutes, d'inobservance au traitement et d'abandon précoce.

Nous le voyons, l'addiction constitue un véritable labyrinthe pour la personne dépendante, mais alors quelle procédure utiliser pour permettre au patient de s'en sortir, y a-t-il un moyen pour l'aider plus efficacement ? S'agissant des addictions justement, les études de I. BOULZE-LAUNAY, A. RIGAUD et G. BRUERE-DAWSON (2010, p.135) sur l'alcoolisme chronique

montrent un lien entre le deuil de la mère et l'addiction du cas de Monsieur D. ayant vécu un amour fusionnel avec sa mère, il a développé un comportement ambivalent à son égard.

A la suite d'une telle étude et bien d'autres, quel lien peut-on établir entre la connaissance de l'étiologie et la prise en charge ?

Peut-on conduire une prise en charge efficiente sans consentement médical ou thérapeutique ?

Nous avons le travail de G. DECAMPS et L. PERRIN (2010, p. 244), sur les multiples visages de l'addiction. Cette étude relève un isolement, un retrait social et le phénomène d'enfant unique. La connaissance de la vie du sujet est-elle fondamentale pour une meilleure prise en charge ?

Ces travaux nous permettent de mieux cerner la complexité de la problématique addictive. Toutefois, ces travaux ont été menés dans un contexte occidental, alors que nous savons que la réalité africaine, notamment gabonaise a ses propres spécificités. C'est dans cette optique, que nous nous intéressons au lien possible entre le consentement médical, la connaissance de l'étiologie et la prise en charge en addiction.

Cette thématique de recherche va nous permettre de travailler sur les addictions au Gabon. Ainsi, nous allons nous saisir de la question des addictions dans un contexte culturel autre qu'occidental. Au regard du poids de la famille en Afrique notamment au Gabon, le consentement thérapeutique du patient est-il nécessaire ?

Quel peut être l'impact d'une telle prise en charge ?

Un patient non-consentant peut-il adhérer facilement au traitement ?

Comment se fait la prise en charge en addiction dans un contexte culturel gabonais ?

L'addiction est une notion au carrefour du désir et du besoin selon M. SAIET (2011, p.14). Elle constitue une paradoxale proclamation d'autonomie qui échoue irrémédiablement dans l'impasse de la dépendance en enchaînant l'individu à la contrainte de répétition et à un jeu permanent avec la destructivité et parfois la mort (Corcos, Flament, Jeanmet, 2003, p.76). Pour ces auteurs, les addictions restent les symptômes les plus caractéristiques de la capacité propre à l'humain de pervertir certaines conduites.

Au regard des conséquences cliniques de ces conduites psychopathologiques, travailler sur cette problématique constitue un grand enjeu de santé mentale voire de santé publique.

Pour ce faire, nous allons utiliser la méthode clinique. La méthode clinique est une méthode qui cadre avec le choix accordé au vécu de nos deux sujets à leur façon de penser, d'agir et à leur histoire de vie. A travers l'étude de cas et l'échelle d'évaluation de la dépression, nous allons ainsi faire ressortir l'épistémologie entre le normal et le pathologique dans les conduites addictives. Sans être exclusive, la méthode clinique employée en psychologie pathologie permet une étude approfondie de l'individu en situation grâce à l'étude de cas individuels.

Pour notre part, cette thématique de recherche peut avoir pour intérêt de sensibiliser les parents, les patient et le personnel soignant sur l'importance du consentement médical du patient dans la prise en charge avec notamment la place du psychologue dans la chaîne thérapeutique.

1-Méthodologie

1-1. Population d'étude

Pour cette étude deux patients âgés de 27 ans et 28 ans ont été retenus. Au moment des entretiens, le plus jeune avait déjà fait un mois de traitement et le plus âgé deux semaines. Le premier avait déjà été interné et le second c'était la première fois qu'il faisait une cure de désintoxication. Pour préserver l'anonymat de nos patients, nous allons utiliser les lettres P et R afin de les identifier.

1.2. Cadre de la recherche

Ces deux cliniques découlent d'une étude réalisée dans un centre de traitement pour patients addictes. Cette structure est la première à proposer un suivi dans le processus de désintoxication pour toutes drogues confondues au Gabon (Mayinou, 2022, p.10).

1.3. Matériel :

Dans notre étude, nous avons utilisé la méthode clinique qui est une méthode qualitative à travers deux outils à savoir : l'étude de cas et l'inventaire de dépression de Beck. L'étude de cas avec notamment l'entretien clinique comme outil de recueil des

informations et l'analyse de contenu thématique comme outil de traitement des informations est utilisée pour les deux cas mais l'inventaire de dépression de Beck n'est utilisé que pour un seul cas, le cas R du fait de sa spécificité comportementale (tentative de suicide).

Les méthodes qualitatives sont associées au domaine des sciences humaines, auquel appartient la psychologie notamment la psychologie clinique. La visée de la psychologie clinique est liée à la souffrance, une souffrance d'exister, une souffrance du quotidien, à la difficulté de soi et à la relation entre soi et l'autre, soi et le monde. Le choix de cette méthode clinique permet ainsi de côtoyer au plus près l'humain et essayer de comprendre certains processus, parmi lesquels ceux qui sont porteurs de destruction comme dans les conduites addictives. Il existe des liens intimes entre démarche qualitative ou clinique et psychologie clinique présents dès la création selon Lagache (1949, p.14). En effet, la méthode clinique reste une référence majeure dans l'enseignement et la pratique de la psychologie clinique. L'approche qualitative aide à obtenir un savoir construit sur le sens de l'expérience du monde par et pour les sujets (Bioy, Chachraoui, Pagnol et Cstillo, 2021, p.275).

2- Présentation et analyse des résultats :

2-1. Présentation et Analyse thématique du cas P.

2-1-1. Présentation du cas P

P. est un jeune homme âgé de 27 ans. Il a été élevé par sa tante dès l'âge de 11 mois. A l'âge de 10 ans, il fera une fugue pour aller chez sa mère qui vivait seule. Il ne fera la connaissance de son père qu'à l'âge de 15 ans. Il commence alors à fumer. A 19 ans, des conflits familiaux vont le précipiter vers une consommation des substances illicites : crack et cocaïne. Aujourd'hui, il est l'ainé de sa famille composée de quatre (4) petites sœurs. Il entretient une relation amoureuse avec la mère de son petit garçon, âgé de 4ans.

Il fera une première cure de désintoxication pour du cannabis, mais étant entouré de personnes qui en consomment, il replongera plus tard au bout de trois (3) mois. Cette consommation sera à l'origine de plusieurs conflits notamment avec sa tante et sa copine. Il va de plus en plus négliger son travail et sa famille. Après un épisode

maniaque de mise en danger de soi-même et de sa copine, il sera interné au centre.

2-1-2. Analyse de contenu thématique du cas P.

L'analyse de contenu est une démarche clinique permettant de connaître et d'interpréter le vécu du sujet à partir de la dimension symbolique dégagée par son entretien clinique (Bardin, 1997, p.51).

A l'issue des entretiens cliniques avec le patient P., nous avons pu retenir trois thèmes que nous allons analyser : à savoir la souffrance psychique, la carence affective et les maltraitements infantiles.

- La souffrance psychique

Selon O. BEUZON (2013, p.12), « l'être humain ne souffre pas seulement à cause des événements, ou à cause de certaines pensées, mais parce que certains processus en lui n'ont pas trouvé d'écho, d'écoute, de réceptacle et restent ainsi en errance ». Cela se vérifie à travers les propos du patient P. : *« j'avais ce problème d'amour ; cette histoire me tiraille toujours ; le fait d'en parler me tue ; elle m'a pourri la vie ; c'était pour noyer mes soucis »*. A travers ces propos, nous percevons un vécu du patient fait de souffrance, de blessures psychiques. L'absence de sa mère et le manque affectif du substitut maternel en l'occurrence sa tante pourrait constituer une explication possible à sa souffrance psychologique. Celle-ci vient donc se poser en véritable étiologie psychopathologique qui vient corroborer la pensée freudienne attribuant à l'enfance la cause des maux de l'adulte.

Les addictions viennent seulement signifier les conséquences d'une souffrance psychique bien antérieure, souvent déterminée par des traumatismes anciens, sinon archaïques comme chez P.

La souffrance psychique désigne selon D. FASSIN (2004, p.20) : « Une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être psychique par son être en société ». Celle-ci proviendrait des situations graves de désaffiliation, de rupture des étayages sociaux et culturels, de défaut d'appartenances et présente une symptomatologie singulière. Cette souffrance prend ancrage chez P autour de la problématique addictive. Il s'agit d'une souffrance

diffuse qui découle d'un manque. Ce manque est comblé de façon substitutive par la drogue. La drogue devient ainsi, un objet de substitution massivement investi qui promeut la satisfaction (Pedinielli et Donnet, 2008, p.46).

- Carence affective :

Selon M. AINSWORTH (1962, p.99), « quand un nourrisson ou un jeune enfant vit avec sa mère ou un substitut maternel permanent mais n'en reçoit pas de soins suffisants et n'a pas avec elle de possibilité d'interaction adéquates, cela laisse place à une carence affective qui peut avoir des conséquences psychopathologiques ». Cette assertion est confortée par l'examen des propos du patient P. : *« voir ma mère, c'était en cachette ; mon père je ne le connaissais pas ; j'ai eu vraiment un problème d'amour car ma tante ne venait jamais me chercher à l'école. En plus, je ne pouvais pas appeler ma mère »*. Ainsi, ne pas recevoir toute la tendresse d'une mère aimante ou d'un substitut maternel et l'attention d'un père peut engendrer une grande frustration qui peut déboucher sur un trouble de l'attachement. Afin de faire face à cette carence, à ce vide, le sujet peut sombrer dans les addictions. Les addictions sont alors ici un mécanisme de défense, un objet anaclitique permettant au sujet de faire face à sa souffrance psychologique non élaborée : c'est ce processus inconscient que le sujet P a adopté comme conduite « pathologique ».

- Les maltraitances infantiles :

Selon A. BUTCHART (2006, p.16), « la maltraitance des enfants englobe toutes les formes de mauvais traitements physiques, et ou/ affectifs, de sévices sexuels, de négligence, d'exploitations commerciales, ou autres, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ». Cette problématique est verbalisée ici par les propos du patient P qui traduisent une douleur physique mais aussi psychologique : *« elle me frappait ; me mettait une raclée ; me mettait à genoux sur des cailloux. Si elle m'attrapait en train de parler avec ma mère, la ménagère ou la nounou je prenais un coup. Ma tante m'a vraiment pourri la vie, mon enfance n'a été que souffrance »*.

Les maltraitements subies par P, constituent un facteur aggravant de sa souffrance psychologique. Cette situation traumatique permet de comprendre comment l'environnement social, éducatif et familial est à la genèse de la toxicomanie du sujet. Confronté à son impuissance face au vécu traumatogène, P a été poussé à adopter un mécanisme de défense qui fait symptôme ici sous la forme des addictions.

2-1-3. Discussion du cas P :

L'examen de l'histoire du cas P montre une trajectoire de vie faite de souffrances et de carences affectives. Déjà, très tôt, nourrisson il est séparé de sa mère. Cette séparation crée une rupture biologique et psychologique que le substitut maternel au lieu de combler va encore aggraver à cause des comportements de maltraitance.

C'est sûrement à cause de toutes ces castrations narcissiques qu'à l'âge de 10 ans P a fait une fugue pour tenter de retrouver sa mère et vivre avec elle. Cette tentative ayant échoué, il essayera plus tard de rencontrer son père. En situation de carence affective, il va se tourner de plus en plus vers des amis. Il va alors découvrir dans un premier temps le tabagisme puis les drogues : cannabis, crack, cocaïne. Ce comportement addictif va lui permettre de gérer de façon illusoire son mal-être. Mais son addiction devenant de plus en plus envahissante va détériorer son cadre professionnel et sa relation amoureuse.

Ce vécu montre les failles narcissiques de notre cas : nous voyons que la carence affective et les maltraitements sont au centre de sa souffrance psychologique. Son enfance constitue alors une étiologie clinique de son addiction. Selon J. BOWLBY (1952, p.402), « l'absence prolongée de soins maternels exerce une action profonde sur le caractère du jeune enfant et a des conséquences graves pour toute la vie ».

La perspective de pouvoir être un bon père pour son enfant va le motiver à accepter la prise en charge thérapeutique. Ainsi, le consentement du patient, la motivation constitue un tremplin pour un meilleur suivi thérapeutique. En effet, le traitement étant assez long, il est plus efficace grâce à la volonté intrinsèque du patient à vouloir arrêter sa consommation de drogue.

2.2. Présentation et analyse du cas R :

2-2-1. Présentation du cas R :

R est un jeune homme de 28 ans qui vit avec sa mère et ses frères au nombre de trois. Son père est décédé il y a quatre ans. Il le décrit comme étant la personne de qui il était le plus proche. Ils passaient beaucoup de temps ensemble, très attentionné à son égard, ils avaient en partage l'amour de la musique. Désespéré après le décès de ce dernier, il va commencer à consommer de la drogue notamment du cannabis à l'âge de 17 ans, quelques mois après cette douloureuse épreuve.

A la suite d'un échec universitaire qui va le conduire à abandonner son parcours universitaire et la rupture amoureuse avec sa petite amie, il va irrémédiablement sombrer dans une profonde dépendance toxicomaniaque.

2-2-2. Analyse de contenu thématique du cas R :

L'analyse de contenu du discours du cas R nous a permis de retenir trois thèmes à savoir : le regret, l'isolement et la tentative de suicide.

- Le regret :

Selon J. LANDMAN (1993, p.46), c'est « un état émotionnel plus ou moins douloureux qui consiste à se sentir désolé pour des infortunes, des limitations, des pertes, des transgressions, des défauts ou des erreurs. C'est une expérience de raison ressentie ou d'émotion raisonnée. Les objets du regret peuvent être des fautes d'omission aussi bien que de conduites volontaires ». Les propos du patient R. sont assez explicites : « *c'est de ma faute ; c'est tout ce que j'ai fait qui a fragilisé la santé de mon père : j'ai tenté de me suicider* ». Tout ce qu'il a fait par le passé engendre chez le patient un énorme regret, regret lié à son échec scolaire et sa tentative de suicide. Au-delà du regret, c'est une véritable culpabilité puisque le sujet pense être à l'origine de la mort de son père.

- L'isolement :

Selon C. LALIVE D'EPINAY (1992, p.170) « c'est se voir confronté à un problème, une crise, un manque et de ne pas trouver d'aide

satisfaisante pour résoudre le problème, surmonter la crise ou combler le manque, ni dans son entourage, ni en soi-même ». Ce serait là, l'une des explications car on se sent seul et on souffre. C'est ce que ces propos de R traduisent ici : « *j'ai traversé une période assez compliquée ; je préfère être dans mon coin, je ne veux voir personne et c'est mieux ainsi* ». Nous notons un désintérêt social et un désinvestissement affectif à l'égard de ses proches. Ainsi, la souffrance psychique de R altère son rapport à autrui, au monde extérieur en le marginalisant et l'enfermant dans un monde de consommation de drogues.

La problématique addictive grâce à la pensée psychanalytique permet de comprendre qu'au centre de l'étiologie, il y a une perte d'objet, un vide affectif, un deuil que l'objet addictif tenterait de combler, de colmater.

- La tentative de suicide :

Selon F. LADAME (1992, p.408), « la tentative de suicide présente un paradoxe dans la mesure où il s'agit d'une violence dirigée contre soi, mais en même temps contre un autre fantasmé ». Dans un processus de clivage du moi, le sujet va essayer de punir l'autre Moi à travers cette auto agressivité. Les termes utilisés par notre cas, rendent compte de cette souffrance non élaborée ayant conduit à cette atteinte de soi : « *De toute façon on va tous mourir un jour, ça ne sert à rien de rester là et souffrir. Je voulais fuir tout ça en me suicidant. Je m'en foutais de tout* ». Ces idées négatives mais aussi le fait qu'il soit déjà passé à l'acte soulignent la présence d'un mal-être important, un cri de souffrance et de désespoir.

2-2-3. Discussion du cas R :

Le vécu traumatique de R explique clairement son addiction. Nous constatons comme l'affirme B. CYRULNIK (2009, p.58) que certains souvenirs sont des morceaux du passé qui sont remémorés de façon traumatisante condamnant la personne à rester prisonnière de son passé. L'anamnèse montre en effet, l'ampleur de sa souffrance psychologique à travers la tentative de suicide. Celle-ci révèle une profonde atteinte, une blessure narcissique insupportable au point que le passage à l'acte suicidaire ait été perçu comme la seule solution pouvant mettre fin à sa douleur.

Malgré toutes les dispositions prises par ses proches, il va persister dans sa consommation et il rechignera à suivre le traitement. Il faudra beaucoup de patience et de séances d'entretiens cliniques tant individuelles que groupales pour que R donne son consentement et adhère enfin au traitement. Après cette prise de conscience sur l'importance d'une prise en charge, il va développer une attitude positive qui va favoriser son cheminement vers la guérison.

Compte tenu de l'histoire traumatique du patient R notamment de l'anamnèse qui souligne le deuil de son père et une tentative de suicide, nous avons jugé nécessaire de faire passer une échelle d'évaluation de la personnalité de notre sujet à travers une dimension : la dimension dépressive. La psychopathologie nous enseigne qu'il y aurait une corrélation significative entre dépression et tentative de suicide. En effet, il y a toujours un risque de passage à l'acte suicidaire pour les patients dépressifs. Faire passer une telle échelle, nous fournira des éléments pertinents pour appréhender davantage le vécu de R.

2-3. Présentation de l'inventaire de Dépression de Beck (1988)

L'inventaire de dépression de Beck créé par le Docteur Aaron T. Beck (1988), est un questionnaire à choix multiple de 21 items servant à mesurer la sévérité de la dépression clinique.

2-3-1. Présentation du résultat de R selon l'Inventaire de Dépression de Beck :

Scores	0-9	10-18	19-29	30-63
Dépression	Mineure	Légère	Modérée	Sévère
Score du cas R.				35

2-3-2. Analyse du score du cas R :

Nous avons fait passer l'Inventaire de Dépression de Beck au patient R, âgé de 28 ans lors de son hospitalisation au sein de la Clinique. Le score obtenu est de 35 ce qui signifie une dépression sévère.

Selon le DSM-IV, la dépression sévère ou trouble dépressif majeur est caractérisée par au moins cinq symptômes et c'est le cas pour notre patient. Ce diagnostic préconisé par l'échelle d'évaluation de la dépression de Beck vient donc corroborer et renforcer l'analyse clinique du cas R.

2-3-3. Synthèse générale du cas R :

A travers le récit de R, nous avons repéré selon les critères diagnostics du DSM-V, un épisode dépressif majeur sur la base de la symptomatologie suivante : une humeur dépressive, une perte d'intérêt pour la vie, un sentiment de culpabilité excessive ou inappropriée, des idées suicidaires avec passage à l'acte, une altération du fonctionnement social à travers l'isolement. Ces symptômes cliniquement significatifs induisent le diagnostic d'une dépression majeure que l'échelle d'évaluation de Beck est venue confirmer.

La dépression est l'une des étapes du processus de deuil, c'est l'avant dernière étape. Notre sujet qui présente un score de 35 montre qu'il est bien engagé dans ce processus de travail de deuil. De plus, le deuil, selon J-R. SIBY (2021, p.165) est au cœur du comportement addictif. Un patient addicte est conséquemment en situation de deuil pathologique. Ce constat interpelle et encourage à plus de prise en charge et le fait que le patient accepte son traitement est un bon indicateur à la fois pour le traitement de la dépression et pour la pathologie subséquente, les addictions. Cette adhésion thérapeutique signifie que le patient pourrait sortir de la dépression majeure grâce au traitement. Le sujet R en faisant preuve de bonne volonté et en consentant à accepter la prise en charge laisse entrevoir un pronostic favorable. Ainsi, nous voyons que le consentement médical favorise non seulement la prise en charge mais est un indicateur de guérison psychologique.

3. Synthèse générale :

La psychanalyse soutient que pour l'étude des addictions, il est convenable de s'interroger sur la fonction et le sens de cette activité consommatoire dans l'économie psychique (Saiet, 2011, p.32).

La prise en charge en addiction favorise la prise de conscience de la part du consommateur et permet de sensibiliser et d'aider la

personne addictive à ne pas sombrer vers une addiction sévère en ouvrant une voie de perspective thérapeutique, de remise en question et de motivation pour l'arrêt de la consommation.

En addictologie, la réalité est que beaucoup de patients viennent en hospitalisation à la demande d'un tiers et ceci constitue une explication majeure pour le désengagement thérapeutique et la rechute. Ils arrivent à la clinique contre leur volonté, subissent une hospitalisation d'un tiers, notamment des parents et c'est le cas de nos deux sujets d'étude. La première démarche thérapeutique a donc été de faire une psychoéducation, une sensibilisation ayant pour but d'obtenir le consentement thérapeutique. Ensuite, le traitement a impliqué une approche multidisciplinaire incluant des soins médicamenteux (antidépresseurs, anxiolytiques) et des psychothérapies (individuelle et collective).

Le traitement de la dépendance étant un traitement à long terme, il était essentiel de suivre cette procédure thérapeutique. Le travail du thérapeute se concentrait à la fois sur l'adhésion du traitement qui passait par un sevrage mais aussi sur le maintien de l'abstinence et la prévention de la rechute à long terme. Dans cette procédure thérapeutique, la phase de sevrage représente seulement une étape du soin ou un moment propice à l'initiation d'un suivi spécifique et prolongé : pour un meilleur rendement, il faut nécessairement requérir le consentement du patient et sa coopération.

Dans cette perspective, le Psychologue à la recherche d'une rémission la plus stable possible du comportement addictif accompagne le sujet dans une démarche plus globale de changement progressif et pour le faire avec bienséance, il faut bien connaître l'histoire du sujet, comprendre ses traumatismes. Une fois l'arrêt de l'usage obtenu, la prise en charge visait également à accompagner les sujets vers une réappropriation des domaines psychique, physique, relationnel, familial, professionnel et social.

Pour notre part, une étude de cas minutieusement menée avec de nombreux entretiens cliniques, un groupe de parole ont permis de recueillir des éléments cliniques pertinents à la fois sur l'étiologie, le type de substance de la dépendance, sa toxicité et le comportement compulsif.

C'est dans cette optique que nous avons opté pour une approche globale et une prise en charge multidisciplinaire qui s'inscrivait dans une dynamique médico-psycho-sociale. Cette approche globale découle d'une perception multifactorielle du trouble. Elle permet de traiter les problèmes accumulés depuis l'enfance en lien direct avec le comportement addictif. Les interventions du médecin, du psychologue comme celles des travailleurs sociaux et des autres professionnels spécialisés faisaient partie d'un travail d'équipe pluridisciplinaire.

En définitive, la psychothérapie a permis de travailler sur l'étiopathogénie et d'élaguer les causes profondes de la pathologie. Elle a réussi à élucider les raisons pour lesquelles les sujets P et R se sont réfugiés dans la consommation de drogues.

A la lumière de nos résultats obtenus des cas P. et R., nous pouvons dire que notre hypothèse se vérifie, celle du lien entre étiopathogénie, consentement thérapeutique et prise en charge. La prise en compte de ces dimensions constitue un pronostic très favorable pour la thérapeutique en addiction.

Nous pensons que pour une meilleure prise en charge psychologique, il faut promouvoir l'alliance thérapeutique qui elle repose sur le consentement thérapeutique du patient

L'addiction se présentant comme une forme d'automédication, une fuite, une échappatoire face à une souffrance psychologique non élaborée ; la prise en charge psychologique doit permettre alors aux patients de contenir la blessure narcissique, l'écoulement pulsionnel et afin qu'elle soit plus efficiente, il faut respecter le patient lequel respect passe par son adhésion au traitement.

Conclusion :

L'étude des cas P et R nous a permis de comprendre que les addictions constituent une forme de traitement de « substitution » face au mal être, à la souffrance psychique. En somme, il s'agit d'une tentative pathologique de l'inhibition de la souffrance par la drogue. J. Mc DOUGALL (1987, p.18) abondant dans ce sens, parle de la drogue comme un calmant de l'angoisse de morcellement ou un anesthésiant.

Par ailleurs, soulignons que la question des affects dépressifs dont le prototype est le deuil au sens large occupe une place centrale dans la problématique addictive : deuil comme perte d'objet réel ou symbolique.

Sur le plan clinique et social, nous comprenons dès lors que la conduite addictive représente une lutte contre la dépression d'où l'importance d'une prise en charge pour endiguer la souffrance psychique et promouvoir la santé mentale. Travailler sur les addictions nous a permis d'une part de comprendre que les addictions sont liées aux environnements : social, familial et culturel et d'autre part que s'intéresser à l'histoire des sujets pour en saisir l'étiologie de la pathologie et requérir le consentement du patient aident à appréhender, analyser et prendre en charge la santé mentale des sujets addictes. Cette perspective permet d'être au plus près des patients. A ce titre, la santé mentale doit devenir désormais une exigence de santé publique dans notre monde contemporain : c'est entre autres, pour cette vocation pédagogique que cet article a été conçu.

Une telle perception favorise nécessairement une meilleure prise en charge de la souffrance psychique chez les personnes en addiction selon F. HERVE (1988, p.13) et J-P. OLIE (2009, p.42).

La prise en charge thérapeutique des sujets P et R a permis une élaboration de la souffrance psychologique et donc un sevrage.

L'intérêt scientifique de notre recherche est notamment de fournir des données cliniques pour mieux appréhender la pathologie addictive et promouvoir un meilleur processus de reconstruction du sujet addicte en lui assurant une réintégration dans la société. Le psychologue se doit d'être à l'écoute de son patient et collaborer avec lui dans la prise en charge.

References bibliographiques

-**AINSWORTH Mary**, « Les répercussions de la carence maternelle : faits observés et controverses dans le contexte de la stratégie des recherches », Cahiers de santé publique-OMS, 1962, n°14, pp 95-163.

-**BANDURA Albert**, 2004. *De l'apprentissage social au sentiment d'efficacité personnelle*, L'harmattan, Paris

- **BARDIN Laurence**,1997. *L'analyse du contenu*, PUF, Paris
- **BECK Aaron.T**,1988. *Manuel for Beck Hopelessness Scale*, The Psychological Corporation, San Antonio
- BEUZON Olivier**,2013. *L'addiction, une pathologie de l'agir et du lien*, Université de Nantes, formation continue, Nantes
- BIOY Antoine, CHACHRAOUI Khadija, PLAGNOL Arnaud & CASTILLO Marie Carmen**, « Aspects épistémologiques des méthodes qualitatives en psychologie clinique », Science direct, 2021, 5, 3, pp.273-281
- BOBET René**, 2009. *Consentement et pratiques psychologiques*, Mardaga, Bruxelles
- BOULZE-LAUNAY Isabelle, RIGAUD Alain & BRUERE-DAWSON Guy**, « De l'isolement à l'accompagnement de l'expérience de la solitude dans l'alcoolisme », Cliniques méditerranéennes, 2019,100(2), pp.131-143
- **BOWLBY John**, « Soins maternels et santé mentale », Organisation Mondiale de la Santé, Série de Monographie, 1954, N°2, pp 355- 534.
- **BROWN Rif**,1988. *Reversal theory and subjective experience in the explanation of addiction and relapse*, Elsevier, Amsterdam
- **BROWN Rif**,1997. *A theoretical model of the behavioural adictions- Applied to offending*, John Wiley & Sons Ltd, London
- **BROUWET Emile**, « Prévention et prise en charge des addictions : un enjeu pour la société et les employeurs », le journal des psychologues, 2022, numéro 401, pp 61-68.
- BUTCHART Alexander**, 2006. *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants*, OMS, Genève
- **CAMPEON Arnaud**, « Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées », Gérontologie et Société, 2016, 8/n°149, pp 11-23.
- **CHICHE Sarah & MARMION Jean-François**, 2020. *Les mots pour comprendre la psychologie*, Sciences Humaines Editions, Paris
- **CICCONE Albert**, 2014. *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*, Dunod, Paris
- **CHILAND Colette**, 1983. *L'entretien clinique*, PUF, Paris
- COUTANT Isabelle, WANG Simeng & RECHTMAN Richard**, 2019. *Santé mentale, souffrance psychique*, CNRS Edition, Paris
- **CYRULNIK Boris**,2009. *La résilience ou comment naître de sa souffrance ?* Fabert, Paris
- **CYRULNIK Boris**, 2021. *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, Paris

- DECAMPS Greg, FERNANDEZ Lydia & PERRIN Laurence**, 2010. *Psychopathologie des addictions : 12 cas cliniques*, In press, Paris
- **DE SOUZA Carla, REMO Lucia, EXCOFFIER Angélique & GUICHARD Jean-Pierre**, « Lien entre motivation et insight dans la prise en charge des addictions », *Psychotropes*, 2012, 3-4, vol 17, pp 145-161.
- FASSIN Didier**, « De l'anthropologie médicale à une anthropologie des affections », *Critique*, 2004, 680/681, pp.16-29
- **FASTEAS Méлина & AURIACOMBE Marc**, 2009. *Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie*, Masson, Paris
- **FERENCZI Sandor**, 1985. *Sur les addictions*, Payot, Paris
- **FROHLICH Werner. D**, 1997. *Dictionnaire de la Psychologie*, Librairie Générale Française, Munich
- GILLAIZEAU Ingrid**, 2010. *Psychopathologie des addictions*, PUF, Paris
- **GODFRYD Michel**, 1993. *Vocabulaire psychologique et psychiatrique*, PUF, Paris
- **GOODMAN Aviel**, « Dépendance. Définition and implications », In *British Journal Britannique*, 1990, n°85, pp 1403-1408.
- **HAUTEFEUILLE Michel & VELEA Dan**, 2002. *Les Drogues de synthèse*, PUF, Paris
- HERVE François**, « Souffrance psychique et toxicomanies », *Toxibase*, 1998, 4, pp. 13-21
- **LADAME François**, « Suicide prevention in adolescence : An overview of current trends ». *Journal of Adolescent Heath*, 1992, n°13(5), pp 406-408.
- **LANDMAN Janet**, 1993. *Regret : the persistence of the possible*, Oxford University Press, New York
- MC DOUGALL Joyce**, 1978. *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Gallimard, Paris
- **MARTY François**, 2008. *Les grands concepts de la psychologie clinique*, Dunod, Paris
- MAYINOU Violene**, 2022. *L'impact du consentement médical sur la prise en charge psychologique*, Université Omar Bongo, Libreville
- OLIE Jean-Pierre**, *Guérir la souffrance psychique*, Odile Jacob, Paris
- **PAILLE Pierre & MUCHIELLI Alex**, 2003. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Colin, Paris

- **PEDINIELLI Jean-Louis, ROUAN Georges & BERTAGNE Pascale**,1997. *Psychopathologie des addictions*, PUF, Paris
- PEDINIELLI Jean-Louis & DONNET Agnes**, « Apports de la psychanalyse à la question de l'addiction », *Psychotropes*, 2008, 14(3), pp.41-54
- **PHILIPS-NOOTENS Suzane & P. KOURI Robert**, 2022. *Eléments de responsabilité civile médicale- Le droit dans le quotidien de la médecine*, Edition Yvon Blais, Cowansville
- **ROUSSILLON René**, 2018. *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, Elsevier Masson, Paris
- ROUSSILLON René**, 1991. *Paradoxe et situations limites de la psychanalyse*, PUF, Paris
- **SAÏET Mathilde**, 2016 *Les addictions*, PUF, Paris
- **SIBY Jean-Romuald**, « Traumatisme, équation personnelle et résilience : cas d'un enfant endeuillé » *Conduite Humaine et Pratiques Psychologiques*, 2011, numéro 2, pp.160-187
- **SIBY Jean-Romuald**, « Comorbidité et santé mentale. Deuil et addictions : problématique dépressive et relation anaclitique ». *Revue Oudjat en ligne*, 2022, numéro 5, volume 1.
- **WARBURTON David M**, « Addiction, dependence and habitual substance use », *Bulletin of the British Psychological Society*,1985, n° 15, pp. 327-334.
- **WINNICOTT Donald Woods**,1969. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris