Vécu psychologique des parents d'adolescents toxicomanes à l'hôpital psychiatrique de Bingerville

ACHO Apie Monique,
Enseignant-Chercheur,
Université Félix Houphouët-Boigny, UFR Criminologie
Apie.acho46@ufhb.edu.ci

Résumé

Cette étude porte sur le vécu psychologique des parents d'adolescents toxicomanes en soin à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Des parents au chevet de leur enfant malade développent plusieurs émotions négatives qui dans certains cas influencent négativement la réussite des soins engagés par le corps médical. Pour ce faire, notre objectif de recherche est de connaitre leur vécu psychologique à travers leurs émotions. La démarche méthodologique s'appuie sur une méthode de recherche qualitative de type descriptif fondée sur 10 entretiens semi-directifs et le test d'inventaire de dépression de Beck menés auprès des parents d'adolescents toxicomanes suivis à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Les données recueillies sont soumises à l'analyse thématique de contenu qui permet de dégager les dimensions structurantes du vécu psychologique. Les verbatims des enquêtés ont été privilégiés pour identifier les émotions et leurs conséquences. Ainsi, les parents développent des émotions de peur, de colère, de tristesse et de dépression dans le contexte de soins à l'hôpital psychiatrique de Bingerville à leur arrivée, pendant le processus de soins et au départ de l'hôpital. C'est pourquoi les recommandations suggèrent une prise en charge holistique des malades et de leurs parents.

***Mots clés** : vécu psychologique, parents, usagers de drogues, soins holistiques*

Abstract

This study examines the psychological experience of parents of adolescent substance abusers undergoing treatment at the Bingerville psychiatric hospital. Parents at the bedside of their ill children experience various negative emotions that, in some cases, adversely affect the success of the treatment initiated by medical staff. Our research objective was therefore to understand their psychological experience by exploring these emotions. The study employed a descriptive qualitative methodology based on ten semi-structured interviews and the Beck Depression Inventory, conducted with parents of adolescent substance abusers treated at the Bingerville psychiatric hospital. The collected data were subjected to thematic content analysis to identify the key dimensions of the psychological experience. Direct quotes from the participants were prioritized to identify the emotions involved and their consequences. The findings reveal that parents experience fear, anger, sadness, and depression—at the time of

admission, during the treatment process, and upon discharge from the hospital. Consequently, the recommendations call for a holistic approach to care that encompasses both the patients and their parents.

Keywords: *psychological experience, parents, drug users, holistic care*

Introduction

La famille est le lieu de développement harmonieux de chaque membre depuis sa conception jusqu'à la mort. Elle apparait comme une école car on y apprend à se comporter sainement (OMS, 1993), c'est-à-dire qu'elle est un réseau de soutien dynamique, interactif dans lequel les membres s'adaptent aux changements cycliques et aux difficultés de la vie. Cela passe aussi par les échanges permanents avec le monde extérieur. De ce fait, une difficulté rencontrée par un membre peut affecter toute la famille dans la mesure où cette difficulté fragilise l'harmonie des interactions. Dans cette perspective, l'OMS (idem) estime que la consommation de drogues chez un membre doit-être en grande partie appréhendée comme une pratique concernant la famille dans sa globalité et non simplement comme une habitude individuelle ; dans la mesure où les conséquences affectent autant la famille au niveau social que psychologique. Vitaro et Al. (1999) ont constaté à travers leurs recherches que l'implication de la famille est importante dans les programmes de prévention de la toxicomanie chez les sujets addictes. Selon ces auteurs, les actions et programmes ne doivent pas seulement viser les acteurs directs de la consommation des drogues, mais aussi et surtout son entourage y compris les parents. Ils observent que la plupart des programmes au Québec ou aux Etats Unis échouent car centrés uniquement sur les consommateurs, alors que la consommation de drogues affecte psychologiquement les parents. A ce niveau, les parents dont les enfants sont des usagers de drogues développent des émotions négatives parce qu'ils sont les plus affectés selon la classification de Blavet et Caenen (2023). En clair, la consommation détruit l'harmonie relationnelle enfant-parents. Ces auteurs expliquent qu'en plus de supporter le coût financier des soins, les parents assument souvent la maladie de manière psychologique : ils souffrent autant que le malade. Dans ce sens, les travaux de P. et S. Angel (2003) évoquent l'idée de pathogénèse familiale. Gauhtier (2011) soutient que la consommation des drogues chez des

adolescents peut entrainer un haut niveau de stress dans la famille, en particulier chez les parents et occasionner des problèmes psychiques et physiques importants.

L'ONUDC (2020) observe que la famille a tendance à se blâmer et à penser qu'elle a commis des erreurs, car l'influence négative de drogues dans la vie de l'adolescent constitue un état de souffrance profond pour les parents qui pensent avoir échoué dans la supervision et l'éducation de leur enfant. Dans la même perspective, Dechaux (2007) stipule que la consommation de drogues chez les adolescents représente les pires conditions de vie imaginable chez leurs parents. Il va jusqu'à penser que les parents sont privés de toute volonté et sont mentalement déficients car ces situations perturbent fortement leur sens et la capacité de leur cerveau à traiter correctement les informations.

Des études portant sur les conséquences de la toxicomanie sur la famille soulignent que le sujet qui s'adonne à la drogue est loin d'être la seule personne à subir les conséquences de son usage. Vorobjev (2019) a montré une fonction dégradante des drogues aussi bien sur l'usager que sur sa famille. Il pense que les drogues conduisent les parents de l'usager dans le gouffre. Dechaux (2007) abonde dans la même sens, lorsqu'il présente les conditions de vie des parents des usagers. Selon lui, les parents des usagers vivent dans des conditions inimaginables ou pires. En effet, cela est consécutif au stress, à la dépression, à l'état de confusion et de tristesse des parents : ce sont des parents déprimés qui vivent constamment dans la peur du rejet, dans l'angoisse constante, dans la détresse et dans la solitude, face au comportement de consommation de leur enfant. Cette consommation influence négativement la vie conjugale et entraine parfois des inquiétudes relatives à la sécurité et l'avenir de l'enfant. Tout comme la consommation de drogues est nuisible pour l'individu, elle l'est également pour son entourage (Martini, 2021). Dans la même perspective, Saïet (2011) explique que l'individu consommateur de drogues vit le « mythe de la marginalité » et les parents par procuration vivent le statut de marginal, car la famille est le premier maillon de vie. En d'autres termes, cette situation de vie qui a un impact négatif sur la vie d'un membre influencera négativement aussi l'entourage et par conséquent la famille : les parents sont souvent les premiers à être indexés (Kazon et Acho,

2021). En clair, des parents fustigés du regard et parfois pointés du doigt sont traités de coupable de la situation de toxicomanie de leur enfant. Cassen et Delile. (2008) ont remarqué que la famille du consommateur pouvait-être sujette à plusieurs niveaux de critiques, d'hostilité et d'hyper-implication émotionnelle. Lorsqu'un parent voit son fils adolescent usager de drogues, cela entraine rapidement d'importantes répercussions dans sa vie personnelle, au niveau conjugal, familial et social. Ainsi, l'usage des stupéfiants d'un adolescent conduit à une multitude de conséquences qui bouleversent la dynamique familiale.

Ces auteurs cités en sont venus à la conclusion que les parents qui habitent avec leurs enfants toxicomanes peuvent présenter plusieurs troubles dont les troubles d'attention, des troubles de l'humeur ou particulièrement la dépression, de l'anxiété, des problèmes conjugaux et éventuellement consommer eux-mêmes l'alcool ou la drogue.

En sommes, on retient que la consommation de drogues chez l'adolescent et son impact sur la famille à entrainer de nombreux écrits dans le milieu scientifique. La plupart des auteurs ont abordé cette thématique qui semble d'une grande importance dans la perspective de la prise en charge de l'usager de drogues. Ces auteurs ont montré que la consommation de drogues a engendré au sein des familles une dynamique (des obligations familiales, professionnelles ou sociales, des dépenses imprévues…) empreinte d'émotions parfois négatives (la Codépendance) selon l'expression de Favre (2014).

Certains auteurs ont relevé que ces émotions découlaient des préjugés et transformations comportementales liés à la maladie chronique. Cette perception qui a entrainé des changements majeurs, serait à la base d'un cercle vicieux d'ostracisme et de discrimination vis-à-vis parents. D'autres auteurs ayant constaté une relation fusionnelle entre parents et enfants, ont observé que des parents ressentaient un choc du fait de cette consommation ou parfois descendaient dans le gouffre (Martini, 2021) en devenant malades par association ou addictes aux substances. Dans la majorité des cas, des parents sont objets de critiques acerbes, de rejet, d'insultes, d'humiliation, ayant pour corollaire des attitudes de honte, de dépression, de peur, d'anxiété, stress, de tristesse,

de colère constante qui se ressentent pendant la prise en charge de l'usager de drogues.

Par ailleurs, la famille ayant été traumatisée en apprenant la dépendance aux drogues d'un membre a l'impression de mieux se sentir lorsque celui-ci reçoit un traitement. Cependant, on observe une fluctuation émotionnelle chez les parents à l'arrivée, pendant le traitement et au départ de l'hôpital. En effet, en début de traitement, les émotions sont fortes ou très vives. Pendant le traitement, les émotions sont plus ou moins normales avec un soulagement. Toutefois, les émotions deviennent à nouveau fortes puisque les parents doivent retourner dans la cellule familiale où ils auront à affronter de nouveaux défis avec le malade. Bien que les parents aient un rôle important à jouer dans la diversification des modalités de traitement et de prise en charge des toxicomanes (traitements de substitution, actions de réduction des risques), s'ils ne sont souvent pas accompagnés ; ce qui peut perturber le protocole de traitement. Roux et al. (2021) estiment que l'étude du rôle des aidants proches à travers leurs ressentis dans une relation de soins, permet de mieux orienter le protocole thérapeutique.

Au sein de l'hôpital psychiatrique de Bingerville, plusieurs parents dont les enfants sont des consommateurs de drogues sont impliqués dans les soins en vue de leur rétablissement. Ils dégagent plusieurs sentiments du fait de leur présence dans ce milieu considéré par la population comme un « asile de fou » (Koné, 2007).

Tous ces constats soulèvent une question centrale qui est la suivante : « Quel est le vécu psychologique des parents d'adolescents confrontés à la toxicomanie pris en charge à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville ? »

Cette étude vise à analyser le vécu psychologique des parents d'adolescents confrontés à la toxicomanie pris en charge à l'Hôpital psychiatrique de Bingerville.

La référence théorique de cette étude s'inscrit dans la théorie des émotions, en rapport avec la construction de notre objet d'étude. La base du travail effectué par Darwin (Sander, 2019) a aidé à mettre en place un nombre limité d'émotions fondamentales universelles ou émotions de base ou émotions primaires. Son approche prend en compte : la colère, la peur, la joie, la tristesse,

le dégoût et la surprise comme émotions basiques qui se dégageaient de l'expression faciale.

Aujourd'hui, la combinaison de ces émotions primaires entre elles a permis de mettre en place d'autres émotions secondaires et tertiaires telles que décrit par Christophe (1998).

Ce travail prend en compte les émotions primaires, secondaires et tertiaires qui pourraient se dégager chez des parents d'usagers de drogues.

Méthodologie

1-Site, participants et échantillon d'enquête

Cette étude adopte une démarche qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs auprès des parents d'adolescents toxicomanes pris en charge à l'Hôpital psychiatrique de Bingerville. Dans le souci de cerner la réalité que nous étudions, notre étude s'est déroulée essentiellement à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Il est situé dans la commune de Bingerville (dans le district d'Abidjan). Il a été ouvert en Février 1962. L'hôpital psychiatrique de Bingerville a une architecture de type pavillonnaire. Il est composé de quatre unités d'hospitalisation dont deux pour les hommes, une unité pour les femmes et une unité mixte de type clinique. C'est un centre d'accueil et de traitement des personnes ayant un problème psychiatrique. Cependant, il accueille aussi des personnes usagères de drogues.

La population d'étude est constituée par les parents, plus précisément de parents dont les proches (enfants) ont des conduites addictives. Etant donné que l'étude s'effectue au sein de l'hôpital psychiatrique de Bingerville, notre population d'étude est celle qui vient accompagner les malades dans le cadre des soins institutionnels. Il s'agit de parents biologiques (le père ou la mère de l'individu). En d'autres termes, les principaux interviewés ou les participants à cette étude sont les parents biologiques qui vivent au quotidien avec le malade.

L'échantillon d'étude est constitué des parents dont les enfants font usage des drogues et qui sont pris en charge à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. La méthode d'échantillonnage est basée sur la méthode par choix raisonné avec 10 (dix) enquêtés.

En dehors de la population cible, nous avons interrogé un (1) médecin psychiatre et 2 (deux) infirmiers de l'hôpital psychiatrique.

2-Techniques et outils de collecte des données

Le guide d'entretien semi-directif a permis de faire des interviews en tête à tête dans le but de recueillir des informations pertinentes sur le vécu des parents (les ressentis, les divers bouleversements engendrés par la consommation de drogues du malade, la vie au sein de l'hôpital psychiatrique…). Les entretiens individuels ont été orientés et menées auprès des parents d'une part et du personnel de l'hôpital psychiatrique d'autre part.

En plus du guide d'entretien, nous avons utilisé le test de Beck ou la triade cognitive de Beck ou triade dépressive de Beck (Beck et al., 1998). Elle est constituée d'un ensemble de trois types de pensées négatives ou distorsions cognitives relatives à trois domaines majeurs : les cognitions sur soi ; les cognitions sur l'entourage ou le monde et les cognitions sur l'avenir. Le test de l'inventaire de dépression de Beck est une estimation de l'intensité des sentiments dépressifs à travers 21 items de symptômes et d'attitudes avec un temps de passation de 10 minutes. Nous avons administré le test de Beck deux fois aux parents des malades. La première fois prenait en compte les sentiments vifs des parents à leur arrivée au sein de l'hôpital. Après un séjour d'un mois et ce avant le départ du centre, nous avons à nouveau administré le test de Beck. Après la passation du test, nous revenons pour échanger avec eux sur les résultats du test pour les informer des sentiments qui se dégagent et qui pourraient dans une certaine mesure influencer le traitement du malade.

3-Méthode d'analyse et mode de traitement des données

La méthode d'analyse de ce travail repose sur l'analyse de contenu thématique. Nous nous sommes appuyés sur le verbatim pour rechercher les systèmes de sens, les dynamiques et les représentations mentales et sociales, les informations convergentes et divergentes sur le vécu des parents. C'est l'ensemble des thématiques abordées lors des discours qui a été exploité. Le verbatim a permis de relever les raisons sous-jacentes

d'un comportement qui pourrait nuire au traitement engagé à l'hôpital psychiatrique de Bingerville.
Les informations recueillies sont de type qualitatif, basées sur les opinions. Cependant, nous avons eu recours aux tableaux afin de quantifier certaines données du travail qui pourront donner lieu à des interprétations significatives : Le test de Beck. Il a conduit à l'utilisation de la méthode quantitative pour évaluer la signification des données après le codage et l'interprétation.

Résultats

I- Résultats du Test de Beck

1- Analyse des tableaux

1-1-A l'arrivée à l'hôpital

Tableau 1 : Répartition des enquêtés selon l'inventaire du test de dépression de Beck la première semaine d'arrivée à l'hôpital Psychiatrique de Bingerville

Cotation	Niveau	Effectif	Pourcentage
0-10	Hauts et bas considérés comme normaux.	----------	----------
11-16	Troubles bénins de l'humeur	5	50%
17-20	Seuil de la dépression clinique.	2	20%
21-30	Dépression modérée.	3	30%
31-40	Dépression sévère.	----------	----------
40-60	Dépression extrême. La dépression majeure	----------	----------

Source : Données de terrain

Ce tableau montre les émotions ressenties par les parents dès leur arrivée à l'hôpital psychiatrique. Nous constatons des troubles bénins de l'humeur chez certains parents (5, soit 50% des enquêtes) ; des troubles au seuil de la dépression clinique (2 parents, soit 20% des enquêtés) ; une dépression modérée (3 parents, soit 30% des enquêtés).

1-2- Au départ de l'hôpital

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon l'inventaire du test de dépression de Beck à la sortie de l'hôpital psychiatrique de Bingerville

Cotation	Niveau	Effectif	Pourcentage
0-10	Hauts et bas considérés comme normaux	8	80%
11-16	Troubles bénins de l'humeur (mais corrections à apporter).	2	20%
17-20	Seuil de la dépression clinique.	----------	----------
21-30	Dépression modérée.	----------	----------
31-40	Dépression sévère.	----------	----------
40-60	Dépression extrême. La dépression majeure	----------	----------

Source : Données de terrain

Ce tableau ci-dessus donne d'autres valeurs du test de l'inventaire de dépression de Beck telles que ressenties par les parents avant leur départ de l'hôpital psychiatrique. Les valeurs de la dépression sont plus ou moins normales (8 parents, soit 80% des interviewés) ; une autre tendance des parents caractérisée par les troubles bénins de l'humeur est relativement faible (2 parents, soit 20% des interviewés).

2- Interprétation du test de Beck

Les seuils de dépression constatés à l'entrée de l'hôpital psychiatrique de Bingerville sont en moyennement élevés pour un parent aidant au chevet de malade. En effet, le constat montre des troubles bénins, des troubles au seuil de la dépression clinique et de la dépression modérée qui ne sont pas à proprement dits de bonnes valeurs pour une personne venue aider un malade. Les valeurs dépressives montrent que le parent proche est également « malade » et a besoin d'être prise en charge également. Les valeurs du premier tableau sont relatives à la situation de crise des enfants malades ; ce qui fait baisser le seuil de garde des parents concernant leurs propres attitudes et comportements. Des parents

ont déclaré avoir été atteints dans leur âme, ce qui a provoqué des idées suicidaires comme solution à leur propre souffrance psychologique.

Cependant, après quelques jours passés au sein de l'hôpital (quand le malade commence à retrouver ses sens), le tableau dépressif du parent change. En effet, lorsque les traitements administrés aux malades commencent à donner une stabilité probante au malade, les parents se détendent également. En d'autres termes, des parents très apeurés à l'arrivée, se retrouvent un plus à l'aise quelques jours après les premiers soins médicaux.

A la fin du traitement institutionnel, des parents présentent à nouveau quelques signes bénins de dépressions. Ils ont exprimé leur inquiétude liée à leur cadre de vie propice à la consommation des drogues (la présence de fumoir, des dealers et autres pairs consommateurs de drogues dans le quartier). Ces diverses situations influencent négativement les émotions des parents. MT (parent de malade) a affirmé que son enfant « est très influençable », ce qui réveille à nouveau ses émotions négatives pendant qu'il est prêt à rentrer chez lui avec son enfant usager de drogues. Il craint par conséquent que ce dernier replonge dans la consommation des drogues à cause des fréquentations de pairs déviants dans l'entourage de vie.

Pour mieux apprécier le degré des émotions qui composent l'Inventaire **de Dépression de Beck**, nous avons pris chaque item du questionnaire que nous avons soumis aux enquêtés tout au long de leur séjour à l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

II-Emotions des parents

1-A l'admission au sein de l'hôpital

Le ressentiment émotionnel des parents résulte de la perception des drogues d'une part et de la mauvaise image de l'hôpital psychiatrique, d'autre part. Ce qui limite leur réflexion et développe les émotions négatives. En effet, l'intensité des émotions se constate en trois temps : D'abord, à l'arrivée à l'hôpital psychiatrique, les émotions sont fortement défavorables. Cela relève de la confusion chez les parents face à l'état de crise du malade. L'émotion qui émerge est la peur. Les parents ont surtout

peur de perdre leur enfant. Ensuite, les parents ont peur que la situation psychique actuelle de leur progéniture ne se normalise pas. Enfin, la peur est évoquée en référence soit à l'école ou aux activités professionnelle qui s'arrêtent. Ce dernier cas, relève de l'incapacité psychologique et parfois motrice de l'usager.

2-Pendant le traitement

Au cours du traitement, lorsque les parents constatent une amélioration chez l'usager, le seuil des émotions négatives baisse. Il passe du stade modéré au faible. A ce niveau, même si la peur diminue, des parents ne se sentent pas très rassurés car ils ne peuvent pas mesurer l'exactitude des dégâts causés par les drogues dans la vie de leur enfant. La peur persiste faiblement car certains malades posent des actes anormaux de manière sporadique. Ce qui réveille les épisodes de peur chez les parents. En outre, la promiscuité avec d'autres malades aux comportements anormaux renforce les états de peur.

3-Départ de l'hôpital

La peur qui se développe au moment du départ chez les parents se justifie par le fait qu'ils vont se retrouver seuls à gérer le malade (certaines caprices, sots d'humeur et comportements parfois violents), qui ne sont pas complétement guéris. Des malades étant dans le déni de la maladie refusent les soins pendant leur internement ; ce qui est à redouter en cas de soin à domicile ou en ambulatoire. En clair, les parents redoutant l'inobservance des traitements et les épisodes de rechute sont souvent tristes. La tristesse et la désolation se voient sur les visages des parents quand il s'agit de rentrer après le séjour à l'hôpital. En clair, la tristesse refait surface quand les parents constatent qu'en rentrant chez eux, ils auront désormais la lourde tâche de veiller seuls au traitement du malade. Beaucoup de parents ne se sentent pas capable de veiller au sevrage total de l'individu, ayant constamment peur que leur enfant (usager de drogues) retourne dans le milieu de vie (favorable à l'addiction).

Les parents des individus récidivistes souhaitent que leur enfant reste le plus longtemps possible dans le centre. Certains parents

implorent les médecins d'allonger les périodes de traitement jusqu'à une guérison totale de l'usager de drogues.

En ce qui concerne la colère, elle est souvent relative au désordre (agitation et agressivité) causé par l'usager de drogues avant ou pendant son internement. En réalité, les parents ne cherchent de l'aide (consultation) que lorsque l'individu rentre dans une phase intense de consommation accompagnée parfois des épisodes de violence ou de manifestations psychiatriques.

La colère des parents cède particulièrement la place au calme et à la stabilité lorsque les soins administrés donnent des résultats satisfaisants. Toutefois, des parents rentrent dans un excès de colère lorsque l'usager (toujours dans le déni de la maladie) refuse de prendre les médicaments. L.M. (parent de malade) a signifié que sa colère vient de « l'inobservance du traitement chez son fils ».

Discussion

1- Critique des techniques et méthodes

1-1- Critique des techniques de recueil des données

Les données de cette recherche été recueillies avec l'aide du guide d'entretien et du test de l'inventaire de dépression de Beck. Ces deux instruments ont permis d'exploiter notre objet d'étude relatif au vécu psychologique des parents d'adolescents usagers de drogues. Les informations recherchées étaient relatives au vécu psychologique à travers les émotions ressenties, chez les parents dans un contexte d'avant, pendant et après des soins. Le test de Beck ne peut pas faire l'objet d'un traitement statistique quantitatif car il a été utilisé auprès d'un échantillon très réduit (10 personnes) ; ce qui limite la généralisation des données.

Nous n'avons pas utilisé les mêmes outils que les auteurs qui fait des recherches sur les émotions développées chez les parents des malades, mais nous sommes arrivées tous à la conclusion que la maladie (créée par la consommation de drogues chez des usagers) entraine des émotions négatives chez les parents aidants. Par conséquent, il faut tenir compte de cette préoccupation selon Koné (2007) dans le traitement de l'individu malade.

1-2-Critique des méthodes d'analyse des données

Nous avons utilisé la méthode d'analyse thématique basée sur les expériences personnelles des enquêtés. Même si quelques informations ont été quantifiées, il n'en demeure pas moins que nous sommes dans une étude qualitative et donc circonscrite.

2-Critique des résultats

Cette recherche a été effectuée à l'hôpital psychiatrique de Bingerville auprès de 10 parents dont les enfants ont été internés pour des problèmes liés aux drogues.

Notre objectif est d'analyser les émotions que développent les parents lesquelles si nous n'en prenons garde pourraient compromettre le traitement des malades. Nous avons découvert que les émotions dégagées par les parents étaient relatives à la peur, à la tristesse et à la colère et à la dépression.

L'émergence de ces émotions (peur, colère, stress) vient de la survenance de la maladie et perdure parce que cette situation crée chez les parents des difficultés psychologiques. Aussi, les conditions de vie pendant le traitement sont-elles très stressantes, car il y a la cohabitation avec des personnes malades mentales (l'hôpital psychiatrique de Bingerville étant stigmatisé comme un asile de fou, selon Koné, 2007). Des malades dans le déni de leur maladie s'en prennent à leurs parents et refusent d'observer le traitement prescrit. On constate, au cours du traitement que l'intensité des émotions devient de plus en plus faible chez les parents aidants, contrairement à leur arrivée dans l'hôpital.

Des parents retournent chez eux avec leur enfant, avec l'espoir d'une stabilité fragile. Ils demeurent stressés car dorénavant seuls avec le malade pour la poursuite du traitement. Ils ne pourront revenir à l'hôpital que dans le cadre des soins en ambulatoire. Les parents remplacent désormais le clinicien pour la continuité des soins. Dans ce cadre, Guyon et Bertrand (2002) estiment que la famille joue un important rôle dans le succès du projet thérapeutique de l'usager.

En outre, le délai d'hospitalisation et la capacité d'accueil étant très réduits alors qu'il y a de nombreuses sollicitations de soins à l'hôpital psychiatrique de Bingerville, les malades sont obligés d'aller continuer les soins à la maison, lorsqu'il y a une stabilité chez eux. Sans une prise en charge psychologique ou un

accompagnement psychosocial tant pour le patient que pour la famille, il pourrait avoir un risque de rechute élevé.
Nous ne pouvons pas généraliser les informations recueillies, car c'est un travail exploratoire qui pourra être approfondi dans d'autres études.

Nos recherches se limitent aux informations recueillies au sein de l'hôpital. Si cela était possible, nous aurions pu suivre des usagers et leurs parents pour apprécier les émotions après la guérison totale du malade d'une part ou si les parents ont continué dans l'état de morosité émotion après des rechutes dans les drogues de leur enfant, d'autre part.

Recommandations

1-Recommandations aux parents de malades

Les parents des malades doivent prendre conscience que leurs émotions peuvent dépeindre considérablement sur le malade et la qualité des soins qu'il reçoit. Ainsi, les parents doivent essayer un tant soit peu de présenter une allure de cohésion pour inciter le malade à s'inscrire entièrement dans le projet thérapeutique. En effet, quand une personne est malade, c'est toute la famille qui doit s'unir pour le prendre en charge financièrement et moralement ; ce qui facilitera le travail de l'équipe soignante.

2-Recommandation aux administrateurs de l'hôpital psychiatrique de Bingerville

Les soins administrés aux patients à l'hôpital psychiatrique de Bingerville sont de types médicaux. Cependant, nombreux sont les malades et leurs parents qui ont besoins d'accompagnement psychologique, car parfois la maladie résulte de problèmes familiaux qui peuvent-être résolus avec une prise en charge psychologique, après le volet médical du traitement. Cela va nécessiter la consultation de toutes les entités qui gravitent autour du malade (famille, fréquentation, école ou vie professionnelle). Le psychologue pourra faire l'anamnèse de la maladie afin de présenter le plateau des meilleures options thérapeutiques.

Conclusion

Lorsque la consommation de drogues chez un individu devient problématique avec des signes cliniques de distorsions et de désorganisation ou de dissociation cognitive, cela engendre également un dysfonctionnement familial. Les parents surpris dans la plupart des cas par les signes dissociatifs se retrouvent fortement et négativement impactés. Ils ont alors recours à des structures de soins. Si les enfants sont pris en charge dans ces structures de traitement, les parents eux ne le sont pas. Ils en gardent parfois des séquelles qui pourraient dans certains cas compromettre le rétablissement du malade. Nous avons mené une étude à l'hôpital psychiatrique de Bingerville, auprès de 10 parents biologiques (au chevet de leur enfant malade).

Notre objectif à travers ce travail est de connaitre le vécu psychologique des parents d'adolescents toxicomanes en traitement à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Il s'agit d'identifier les émotions ressentir par les parents, les conséquences de ces émotions sur le traitement en cours et le rétablissement du malade. L'accent a été également mis sur leurs divers besoins, étant entendu qu'ils ne sont pas inclus dans le protocole de prise en charge du malade. De ce fait, nous avons utilisé un guide d'entretien pour collecter les informations nécessaires et le test de l'inventaire de dépression de Beck (2016). Ces deux instruments ont permis d'avoir les informations sur les ressentis, les appréhensions et les conceptions des parents. Le traitement s'est fait sur la base du verbatim des parents et des extraits de codification du tes de Beck.

Il est ressorti des propos que les parents dégagent plusieurs types d'émotions. Ce sont des émotions de peur des dégâts de la maladie (distorsions sensorielles et cognitives persistantes) sur leur enfant, la honte du regard de l'entourage familial, le sentiment de tristesse face à tous ces chamboulements dans la vie du malade (arrêt des études) et au sein de la vie familiale (troubles des relations intrafamiliales). Des épisodes de colère récurrents sont surviennent chez des parents exacerbés, dont les enfants refusent parfois la consommation des médicaments sensés les guérir.

Il faut remarquer qu'à l'arrivée à l'hôpital psychiatrique, certains parents dépriment du fait de la situation de leur enfant.

Également, à la sortie de l'hôpital, des signes de dépression persistent lorsque les parents doivent faire face, seuls au malade et à son environnement dépendogène. Il est impérieux que la famille soit prise en charge dans le processus de soins car les conséquences des émotions négatives (la stigmatisation et le rejet de l'individu malade, des discordes au sein de la famille) peuvent occasionner des rechutes dans l'addiction.

La persistance des émotions négatives réside dans l'absence de prise en charge (pas d'accompagnement psychologique) des parents au chevet de leur enfant malade. En somme, il faut intégrer des accompagnements psychologiques des malades et de leurs parents dans un protocole intégratif de soins.

References bibliographiques

ANGEL Sylvie et ANGEL Pierre, 2003. *Les toxicomanes et leurs familles,* Armand Colin, Paris

BLAVET Thomas et CAENEN Yann, 2023, « Les proches aidants : une population hétérogène : Proposition de grille d'analyse pour rendre compte de la diversité des situations des proches aidants de personnes vivant à domicile et cerner celles dont le vécu est le plus difficile » in : Les dossiers de la DREES, N° 110, pp 1-28.

BECK Aaron et BREDEMEIER Keith, 2016. "A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives" in : Clinical Psychological Science, vol. 4, N°4, pp. 596-619.

CASSEN Myriam et DELILE Jean-Michel, 2008, « Les adolescents et leurs familles face aux dangers des consommations multiples de drogues et d'alcool », in : Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. De Boeck Supérieur, vol.1. N° 40, pp. 253-277.

CHRISTOPHE véronique, 1998. *Les émotions : tour d'horizon des principales théories*, Presses universitaires du Septentrion. Villeneuve d'Ascq.

DECHAUX Jean Hugues, 2007. *Sociologie de la famille : le désarroi des parents face à la consommation excessive des cannabis*, La découverte, Paris.

FAVRE Daniel, 2014. *L'addiction aux certitudes*, Yves Michel, Gap.

GAUTHIER Benoît, BERTRAND Karine et NOLIN Pierre, 2010, Famille et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : étude de cas, in : Enfances, Familles, Générations, N° 13, pp. 129–150.
GUYON Louise et BERTRAND Marie-Andrée, 2002, Famille et toxicomanie, in : Drogues, santé et société, Vol. 1, N° 1, pp. 1-24.
KAZON Diescieu Aubin Sylvère et ACHO Apie Monique, 2021, « Le vécu des adolescents consommateurs de drogues dans les cellules familiales à Abidjan. Cas de quelques familles de la Riviéra 2 (commune de Cocody) », in : Nzassa, Université Alassane Ouattara de Bouaké. N°7, Pp. 205-212.
KONE Adam, 2007, *Conceptions des maladies mentales et itinéraires thérapeutiques : Etude réalisée auprès de 108 cas de parents de malades hospitalisés à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville*, Thèse de Doctorat en Médecine, Non publié.
MARTINI Hervé, 2021, « Drogues chez les jeunes : causes, conséquences, quoi faire ? », in: Le journal des femmes, Santé, 12 février 2021, https://sante.journaldesfemmes.fr
ORGANISATION DES NATIONS UNIES CONTRE LES DROGUES ET **LE CRIME**, 2020, « Drogues et groupes d'âge Drogues et problèmes associés chez les jeunes et les personnes plus âgées », Rapport mondial drogues 2020, Bibliothèque ONUDC.
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1993. *La prévention des toxicomanies au sein de la famille : Programme de lutte contre les toxicomanies*, bibliothèque OMS.
ROUX Lionel, NURY Delphine, DE ROUFFIGNAC Ségolène, 2021, « Comprendre le vécu de l'aidant proche d'une personne âgée dépendante pour clarifier la place du médecin généraliste dans cette problématique », in : Louvain Médical, Vol. 140. Pp. 253-260.
SAIET Mathilde, 2011. *Les addictions*, PUF, Paris.
SANDER David et SCHERER Klaus, (2019). *Psychologie de l'Emotion*, Dunod, Genève.
VITARO Frank, NORMAND Claude et CHARLEBOIS Pierre, 1999. *Stratégies pour impliquer les parents dans la prévention de la toxicomanie chez les jeunes*, Bibliothèque nationale, Québec.
Vorobjev Nicolaj, 2019. « La famille du consommateur dans les soins ». www.vipvorobjev. com.