

DISTORSION COGNITIVE ET PROCESSUS DE SOINS DES PATIENTS ALCOOLIQUES ET TOXICOMANES DU CENTRE D'ACCUEIL DE LA CROIX- BLEUE

Ange-Mathieu ADOU

Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire¹

angemathieuadou19@gmail.com

&

Ossei KOUAKOU

Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire²

osseik@yahoo.fr

Résumé : La présente étude vise à expliquer le phénomène des rechutes des patients alcooliques et toxicomanes en traitement au Centre d'Accueil de la Croix-Bleue par leurs distorsions cognitives. A cet effet, 80 patients dont 40 mono-toxicomanes et 40 poly-toxicomanes hommes et femmes de 13 à 53 ans suivant un traitement soit en ambulatoire soit en hospitalisation ont participé à l'étude. La démarche a consisté à leur administrer un questionnaire mesurant leurs distorsions cognitives (patients avec pensées distordues et patients avec pensées restructurées) et à les comparer par rapport à leur nombre de rechutes (patients avec rechutes et patients sans rechutes) au cours de leur traitement. Les résultats indiquent que le Khi Carré calculé ($X^2 c = 16,28$, $p < .05$) est supérieur au Khi carré théorique ($X^2 th = 3,84$, $p < .05$) lu dans la table des valeurs critiques à 1 degré de liberté et au seuil de probabilité .05. Il y a une différence significative entre les fréquences des deux groupes. Ainsi, les patients ayant les pensées distordues font plus de rechutes statistiquement significatives que ceux ayant des pensées restructurées. Autrement dit, la distorsion cognitive fait varier le processus de soins des patients de la Croix-Bleue.

Mots clés : Distorsion cognitive, pensées restructurées, pensées distordues, processus de soins.

COGNITIVE DISTORTION AND THE CARE PROCESS FOR ALCOHOL AND DRUG ADDICTS AT THE CROIX-BLEUE DROP-IN CENTRE

Abstract: The aim of this study is to explain the phenomenon of relapses among alcoholics and drug addicts undergoing treatment at the Croix-Bleue drop-in Centre in terms of their cognitive distortions. To this end, 80 patients took part in the study, including 40 single drug addicts and 40 poly-drug addicts, men and women aged 13 to 53, undergoing either outpatient or inpatient treatment. The approach consisted of administering a questionnaire measuring their cognitive distortions (patients with distorted thoughts and patients with restructured thoughts) and comparing them in

¹ Doctorant à l'Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

² Enseignant-Chercheur à l'Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

relation to their number of relapses (patients with relapses and patients without relapses) during their treatment. The results indicate that the calculated Chi-Square ($X^2 c = 16.28, p < .05$) is greater than the theoretical Chi-Square ($X^2 th = 3.84, p < .05$) read from the table of critical values at 1 degree of freedom and at the .05 probability threshold. There is a significant difference between the frequencies of the two groups. Thus, patients with distorted thoughts had more statistically significant relapses than those with restructured thoughts. In other words, cognitive distortion varies the care process of Blue Cross patients.

Key words: Cognitive distortion, restructured thoughts, distorted thoughts, care process.

Introduction

Le processus de soins selon Leneures et Siebert (2009), est un processus de résolution de problèmes. Il se traduit par un parcours dynamique qui a pour but de déceler les problèmes et de les résoudre. De ce fait, le processus de soins est donc une méthode systématique et rationnelle visant à résoudre un problème avec une démarche établie par le spécialiste. Pour Morris (2006) c'est une approche par étapes visant à évaluer et apporter un soin ou soigner les patients. Il permet de guérir un comportement addictif à l'alcool, à la drogue ou au tabac. Pour cet auteur, les grandes étapes du processus de soins seraient l'évaluation initiale, le diagnostic, la planification, l'intervention, et la réévaluation. Ces cinq étapes sont utilisées de façon cyclique et répétitive pendant les soins pour éviter la rechute des patients.

Cependant, il apparaît quelque fois dans le processus de soins des écueils qui engendrent des rechutes ; c'est le cas chez certains patients en soin au Centre d'Accueil de la Croix-Bleue Côte d'Ivoire. C'est une structure hospitalière par excellence en matière de désaccoutumance et de prise en charge de personnes addictes aux substances psycho-actives. Les patients qu'elle reçoit sont soit en régime ambulatoire soit en régime hospitalisation et sont confrontés au phénomène des rechutes qui s'expliquent par différents facteurs, individuels et sociaux (Kouakou, 2018). Dans cette dynamique, il semble opportun d'examiner la distorsion cognitive représentant un aspect des déterminants individuels des rechutes des patients qui sont en traitement au Centre d'Accueil de la Croix-Bleue.

C'est dans cette perspective que la présente étude est réalisée. Elle vise à examiner la relation entre la distorsion cognitive des patients et le processus de soins. Ce travail s'articule autour de quatre points : La problématique (1), la méthodologie (2), les résultats (3) et la discussion (4).

1. Problématique

L'être humain, fait constamment face aux variations individuelles et sociales, tout au long de son existence. Ainsi, chaque être humain est en mouvement dans un monde également en continuel mouvement (Jouteau-Neves et Malaquin-Pavan, 2012). A cet effet, l'homme est constamment exposé à des problèmes de santé. La santé de l'homme qu'elle soit physique, mentale, psychologique ou sociale a toujours intéressé le monde scientifique. Selon l'OMS (1946), la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Elle implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels et du stade de l'embryon, voire des gamètes à celui de la personne âgée.

Pour Dubos (1973), la santé est un état physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé. L'auteur présente la santé comme la convergence des notions d'autonomie et de bien-être. De ce fait, la santé est l'une des priorités de l'homme. Ainsi, pour une santé parfaite, l'homme utilise plusieurs mécanismes qui aident à réguler, à contrôler ses émotions et ses perceptions. Dubos (op.cit) soutient l'idée selon laquelle l'individu est capable de vivre et d'affronter la nature, autrement dit de s'adapter au milieu de vie. Cependant, à la suite d'une mauvaise adaptation, la maladie ou la pathologie survient.

En effet, une pathologie est l'expression d'un état de déséquilibre entre l'organisme et son milieu. Il existe diverses pathologies qui nuisent à l'existence des organismes. Elles peuvent se classer en pathologies mentales ou physiques. Mais, en réalité elles sont toutes interconnectées dans la mesure où le corps et le psychisme sont indissociables. C'est dans ce sens que différentes pathologies préoccupent à la fois des médecins et des psychologues, comme c'est le cas des dépendances liées aux consommations des substances psychoactives tels que l'alcool, le tabac et les drogues. De façon générale ces pathologies conduisent à un mal être. Pour Véron (2020) le mal-être peut se manifester à différents niveaux. Ces différents niveaux sont entre autres physique, psychologique, mental, mais principalement au niveau du comportement avec, le repli sur soi, l'abandon d'activités, les conflits avec les autres, la recherche de sensations, la consommation excessive d'alcool et/ou de drogues. La consommation excessive de substances psychoactives traduite par un assujettissement conduit certaines personnes vers les centres spécialisés comme le Centre d'Accueil de la Croix-Bleue pour des soins.

Le Centre d'Accueil de la Croix-Bleue est un établissement hospitalier d'utilité public qui regorge des spécialistes de la prise en charge des patients dépendants des substances psychoactives présents dans un processus de soins. Le centre vise la guérison des consommateurs excessifs et des personnes dépendantes de l'alcool et/ou de drogues, par une démarche volontaire, personnelle, libre mais assistée. Cette prise en charge implique une action collective et engagée de militants bénévoles ayant pour la plupart eux-mêmes expérimentés l'efficacité de la méthode Croix-Bleue. Le processus de soins au Centre d'Accueil de la Croix-Bleue est basé sur un accompagnement dont la spécificité consiste en un engagement d'abstinence de boissons alcooliques et/ou des drogues, au respect du cheminement de la personne et à la réduction des risques et des dommages. De façon précise, le centre vise à désintoxiquer les malades alcooliques et toxicomanes ; rééduquer les malades ; assurer leur réinsertion familiale, professionnelle et sociale ; former les acteurs à la prise en charge de l'alcoolisme et des toxicomanies ; éduquer ou sensibiliser la masse par des exposés et des conférences publiques sur les dangers des drogues et alcools.

Le Centre d'Accueil de la Croix-Bleue est donc un institut par excellence de cure de désaccoutumance des substances psychotropes. Elle se situe de ce fait dans le processus de soins des patients alcooliques et toxicomanes. Le processus de soins pour Morris (2006) est une approche par étapes visant à évaluer et apporter un soin ou soigner les patients. Il permet de guérir un comportement addictif. Selon Anaes (1999), Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, le processus de soins peut se réaliser en ambulatoire ou dans une structure d'hospitalisation (sevrage institutionnel), avec un personnel sensibilisé et formé à la prise en charge des personnes en difficulté avec les substances psychoactives. Parfois ce traitement connaît certaines difficultés et devient long avec des rechutes chez certains patients (Olivier et al 2005 ; Kouakou et Guédé, 2018). A cet effet, pour mieux comprendre les obstacles du processus de soins traduite par des rechutes chez certains patients de la Croix-Bleue, plusieurs études ont été menées (Kouakou, 2012 ; Diboh et al. 2022 ; Lambert et al. 2015 ; Landry et al. 2004 ; Dje bi et Coulibaly, 2017). Ces études évoquées ont expliqué les rechutes des patients en s'appuyant sur les facteurs familiaux, les caractéristiques individuelles, l'attention sélective et l'estime de soi sans tenir compte des caractéristiques psychologiques du patient. Autrement dit, ces études évoquées ne permettent pas de comprendre pertinemment les difficultés observées dans le processus de soins des patients.

Cet état de fait est d'autant plus vrai que des travaux montrent que les obstacles du processus de soins seraient considérablement influencés par les caractéristiques psychologiques telles que la distorsion cognitive (Sareen et al., 2004 ; Kumpulainen, 2000). Le terme distorsion cognitive a été introduit en 1967 par le psychiatre américain Beck, pionnier de la psychothérapie cognitivo-comportementale. Il définit la distorsion cognitive comme le fait de déformer le réel par une interprétation erronée, de voir le monde de manière biaisée. Cela conduit le sujet à avoir des pensées négatives qui sont sources d'anxiété et de mal-être. Beck classe ces distorsions en plusieurs groupes. On peut parler de la personnalisation, l'inférence arbitraire, la sur-généralisation, le manichéisme ou pensée dichotomique, l'abstraction sélective, l'amplification et la minimisation, le rejet du positif, le catastrophisme, les hypocondriaques, et l'étiquetage.

Selon, Peiffer (2020), une distorsion cognitive est un schéma de pensée exagéré ou irrationnel impliqué dans l'apparition et la perpétuation d'états psychopathologiques, en particulier chez ceux qui sont plus influencés par des facteurs psychosociaux, tels que la dépression et l'anxiété. Elle est aussi comme cette petite voix résonnant dans la tête qui nous critique. Généralement cela surgit lorsque nous laissons nos émotions prendre le dessus, déformant ainsi notre interprétation et nous donnant des expressions fausses et désagréables à nos conclusions. Elle est susceptible de nous pousser à un état négatif ou un état positif face une situation.

Pour Ellis (1964), une distorsion cognitive est l'utilisation régulière d'impératif comme je « dois », je « devrais ». Lorsqu'une personne active cette distorsion, c'est comme si elle s'imposait des obligations injustifiées, des règles à suivre dans la vie. Ces règles peuvent être mises en place pour réussir, être heureux, rencontrer la bonne personne, ou même maigrir. Quand ces impératifs sont trop présents, sans source de

satisfaction, dans un fonctionnement « tout ou rien » (soit je réussis, soit j'échoue), elles peuvent conduire à développer le sentiment de ne pas choisir sa vie ou même que la vie soit une punition. Il convient de retenir de la pensée de Ellis (op.cit), que lorsqu'une distorsion négative est activée chez une personne, elle peut modifier ses habitudes quotidiennes et créer une consommation de substances psychoactives. Autrement dit, la distorsion cognitive pourrait influencer négativement la réussite du processus de soins des personnes dépendantes et créer des rechutes.

Les études de (Wolitzky-Taylor, et al. 2012 ; Marmorstein et al., 2010) permettent de mieux comprendre l'influence de la distorsion sur la rechute ou non d'un patient. Pour ces auteurs, les distorsions cognitives, seraient impliqués dans l'apparition précoce d'une consommation et l'évolution précoce de cette consommation vers une dépendance aux substances psychoactives. La consommation de substances psycho-actives est caractérisée de mono toxicomanie si elle porte soit sur l'alcool soit sur les drogues ; ou de poly toxicomanie lorsqu'elle implique à la fois plusieurs substances (alcool et drogues). Certains auteurs comme (Standridge et al., 2004 ; Tiffany et al., 2000 ; Paille et al., 1995) ont traité l'aspect cognitif des patients dépendants. On retient de façon générale de ces études que la réussite ou non du processus de soins est aussi influencée par le cognitif. C'est en ce sens que, les travaux de Parsons (1998) montrent que l'état de la mémoire, le niveau d'intelligence, la perception et l'attention sont des fonctions mentales nécessaires pouvant impacter le processus de soins dans toute sa dimension. A cet effet, le processus de soins requiert de l'intelligence et de l'attention afin de limiter la rechute.

De ce qui précède, il apparaît que la distorsion cognitive n'a pas encore été prise en tant que variable explicative du phénomène de rechutes des patients de la Croix-Bleue de Côte d'Ivoire. Il importe d'y remédier à travers une étude. A cet effet, notre étude se fonde sur l'hypothèse générale selon laquelle il existe une relation entre la distorsion cognitive et le processus de soins des patients du Centre d'Accueil de la Croix-Bleue.

Trois (3) hypothèses opérationnelles découlent de cette hypothèse générale : Les patients ayant des pensées restructurées font moins de rechutes que ceux avec des pensées distordues (H1) – Les patients mono-toxicomanes avec des pensées distordues font plus de rechutes que leurs homologues ayant des pensées restructurées (H2) – Les patients poly-toxicomanes avec des pensées distordues font plus de rechutes que les patients poly-toxicomanes ayant des pensées restructurées (H3).

La présente étude a un double intérêt : pratique et théorique. Au niveau pratique, elle va permettre au monde professionnel principalement les personnes en charge des patients de comprendre les contours du processus de soins afin de réduire les risques de rechute lors des traitements. Elle met en exergue les éléments primordiaux pour une bonne prise en charge holistique des patients. Au niveau théorique, elle vient éclairer la compréhension des facteurs influençant l'efficacité des soins et comment se manifeste les rechutes chez les patients du Centre d'Accueil de la Croix-Bleue. L'étude met donc en exergue l'explication du phénomène des rechutes par les caractéristiques psychologiques des patients.

Enfin, ce travail a comme objectif de mettre en évidence la relation entre la distorsion cognitive et le processus de soins des patients de la Croix-Bleue.

2. Méthodologie

L'étude met en relation la distorsion cognitive et le processus de soins des patients de la Croix-Bleue. Il importe donc de préciser dans cette partie, les variables à l'étude, les caractéristiques des sujets et le matériel de recherche.

2.1. Les variables à l'étude

Par cette étude, il est proposé d'expliquer les difficultés et les rechutes observables pendant le traitement en fonction de la distorsion cognitive des patients. De ce fait, le processus de soins représente la variable dépendante (VD), alors que la variable indépendante (VI) est constituée par leurs distorsions cognitives. Par processus de soins, il faut entendre le processus de soins qui est étudié à partir de deux modalités, à savoir : le processus sans rechute et le processus avec rechute. Ces modalités sont constituées à partir d'au moins une rechute observée ou d'une absence de rechute. Concernant la VI : les distorsions cognitives, elle est aussi dichotomisée en pensées restructurées (positive) et en pensées distordues (négative). Les différentes distorsions cognitives sont inférées des réponses des sujets au questionnaire. C'est la mise en relation de ces deux catégories de variables qui nous permet d'expliquer le phénomène de rechute.

2.2. Sujets

L'investigation s'intéresse essentiellement aux patients en traitement au Centre d'Accueil de la Croix-Bleue. La durée moyenne du suivi des patients enquêtés est de quatre mois. Cette période débute une semaine après l'admission en soins au vu des effets de la chimiothérapie. Il a été interrogé quatre-vingt sujets composés de trente-cinq patients en ambulatoire et quarante-cinq en hospitalisation dont vingt-cinq femmes et cinquante-cinq hommes.

2.3. Instruments

Trois instruments ont été utilisés pour recueillir les informations auprès de sujets : un questionnaire, le dossier médical de chaque patient et un guide d'entretien.

2.3.1. Le questionnaire

Il s'articule autour de quatre parties. La première nous renseigne sur l'identité des sujets, le niveau de confiance, la deuxième sur la perception et l'état de pensée face à la dépendance et la détermination à vouloir sortir de la dépendance (positif ou négatif), la troisième évalue le niveau d'appréciation de la chimiothérapie et des entretiens psychologiques, la quatrième renseigne sur l'environnement familial dans lequel le sujet vit (favorable ou défavorable).

2.3.2. Le dossier médical

Les dossiers médicaux contiennent des informations ou données inscrites par les spécialistes (addictologues et psychiatres) du centre, par rapport au diagnostic médical. Ils renferment notamment, les résultats des examens complémentaires et les résumés des entretiens effectués par l'équipe médicale composée d'infirmiers. Dans les dossiers médicaux, l'on rencontre aussi les résumés des entretiens effectués par des

assistants sociaux et des informations issues, soit du milieu familial, soit du milieu professionnel et du cadre de vie des patients. Il s'agit donc des données très importantes qui permettent de donner une trajectoire plus précise aux investigations.

Le dossier médical regroupe donc l'ensemble des informations qui sont formalisées et qui ont contribué à l'élaboration du diagnostic, du traitement ou de tout autre action de prévention ayant fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé. L'examen des dossiers, médicaux, nous a permis d'obtenir des informations relatives à l'observance du traitement, à l'histoire de la maladie, au diagnostic, ainsi qu'à la nature des soins médicaux.

2.3.3. *Guide d'entretien*

Le guide d'entretien sert de stimulus et favorise donc le discours des patients. Ces entretiens cliniques se font avec les malades eux-mêmes, d'une part, et leurs parents qui les accompagnent au centre, d'autre part. Il importe d'associer les parents puisque, vivant avec les sujets, ils disposent des informations pertinentes et précises sur l'histoire de la maladie, les conditions psychologiques, socioculturelles et/ou professionnelles qui pourraient avoir favorisé ou déclenché la dépendance.

Ainsi, ces entretiens vont-ils révéler certains aspects de la personnalité des sujets et de leurs types de dépendance. En recourant à la fois aux malades et aux parents, il s'agit de confronter les différentes informations fournies afin d'en faire une synthèse. Le guide d'entretien se présente sous la forme d'une liste de thèmes à aborder avec le sujet. Il aborde les grandes lignes des informations à recueillir auprès des patients et de leurs parents. Ces informations sont relatives aux conditions de développement et d'éducation dans le milieu familial et socioculturel d'appartenance, aux antécédents familiaux et psychopathologiques, à l'anamnèse et à la vie professionnelle.

2.3.4. *Procédure de collecte des données*

Pour la collecte des données, les instruments ont été utilisés en commençant par la consultation des dossiers médicaux, puis le guide d'entretien et enfin le questionnaire. L'administration du questionnaire s'est effectuée par nos soins et par un psychologue enquêteur sollicité dans le cadre de l'étude. La durée de passation du questionnaire de l'étude est de 15 minutes. De façon pratique, à partir de la sélection des patients sur la base de leurs dossiers médicaux, le consentement éclairé de ceux-ci et de leurs accompagnants est sollicité et obtenu par la signature d'une fiche de consentement. En effet, cette fiche explique les objectifs de l'étude et insiste sur le caractère confidentiel des données personnelles.

2.3.5. *Traitement des données*

Dans le cadre de la présente étude, deux variables sont mises en évidence. A savoir une variable indépendante (distorsion cognitive) et une variable dépendante. La variable indépendante, est subdivisée en deux modalités que sont les pensées restructurées et les pensées distordues. La variable dépendante, qui est le processus de soins possède aussi, deux modalités : le processus de soins avec rechute et le processus de soins sans rechute soldé par une efficacité de soins. Il s'agit, dans cette optique, de chercher à savoir s'il existe une relation entre ces deux variables. La technique

statistique appropriée pour tester la significativité entre les variables pour cette étude est le Khi Carré de Pearson calculé à l'aide du logiciel statistique SPSS.

3. Résultats

Les données cliniques sur les quatre-vingt (80) patients de l'échantillon, ont permis d'avoir les informations suivantes : l'âge varie entre 13 et 53 ans ; les distorsions cognitives sont restructurées et distordues ; certains d'entre eux connaissent des rechutes, d'autres n'en connaissent pas ; certains sont soit mono-toxicomanes (alcooliques ou toxicomanes), d'autres poly-toxicomanes. Toutes ces différentes informations cliniques ont été quantifiées et fait l'objet d'un traitement statistique. Il ressort de ce traitement, les résultats quantitatifs que nous présentons.

Tableau 1 : Données quantitatives des caractéristiques individuelles des patients.

Caractéristiques individuelles		Effectifs	Pourcentages	Total
Genres	Hommes	55	68,75	80
	Femmes	25	31,25	
Ages	13 à 20 ans	23	28,75	80
	21 à 40 ans	43	53,75	
	41 à 53 ans	14	17,5	
Niveaux d'études	Primaire	15	18,75	80
	Secondaire	35	43,75	
	Universitaire	30	37,50	
Statuts professionnels	Elèves	25	31,25	80
	Etudiants	29	36,25	
	Sans-emplois	12	15	
	Travailleurs	14	17,5	

L'analyse des caractéristiques individuelles des participants à l'étude, indique dans le tableau 1 que les hommes sont plus représentés que les femmes (68,75% d'hommes contre 31,25% de femmes). Concernant la caractéristique âge, l'intervalle la plus représentée est de 21 à 40 ans avec 53,75% des participants, tandis que la tranche d'âge 41 à 53 ans est la plus faiblement représentée (17,5%). Pour le niveau d'étude, le plus représenté parmi les patients enquêtés est le niveau d'étude secondaire avec un effectif de 35 soit (43,75%) contre 15 pour le niveau primaire soit (18,75%) et 30 pour le niveau universitaire soit (37,50%). En ce qui concerne le statut professionnel des patients enquêtés, les étudiants sont les plus nombreux avec un effectif de 29 soit (36,25%) contre 25 soit (31,25%) pour les élèves, 12 pour les sans-emplois soit (15%) et 14 pour les travailleurs soit (17,50%).

Tableau 2 : Distorsion cognitive et processus de soins

Distorsion cognitive	Rechute	Pas de rechute	
Pensées restructurées	06	36	42
Pensées distordues	23	15	38
Total	29	51	80

Parmi les sujets enquêtés, 42 patients présentent des pensées restructurées. Chez ces derniers, il est enregistré 36 qui ont rechuté durant leur prise en charge contre 6 n'ayant connu aucune rechute. En ce qui concerne les patients ayant des pensées distordues, ils sont au nombre de 38. Parmi ces derniers, 23 ont rechuté durant leur prise en charge contre 15 sans rechute. Le résultat du $\chi^2 = 16,28$ et la p value = 3,84 lu dans la table des valeurs critiques à 1 degré de liberté et au seuil de probabilité .05 montre un lien significatif entre les pensées distordues et les rechutes chez les patients. Le Test V de Cramer $V = 0,45 \geq 0,30$ montre une relation forte entre les pensées distordues et les rechutes. Ainsi, on peut conclure que les patients avec les pensées restructurées font moins de rechute que les patients avec les pensées distordues. Cette hypothèse opérationnelle est donc confirmée.

Tableau 3 : Mono-toxicomanie, distorsion cognitive et processus de soins.

Mono-toxicomanes Distorsion cognitive	Rechute	Pas de rechute	
Mono-toxicomanes Pensées restructurées	02	23	25
Mono-toxicomanes Pensées distordues	06	09	15
Total	08	32	40

Parmi les sujets enquêtés, 25 patients présentent une mono-toxicomanie avec des pensées restructurées. Chez ces derniers, il est enregistré 02 qui ont rechuté durant leur prise en charge contre 23 n'ayant connu aucune rechute. En ce qui concerne les patients mono-toxicomanes ayant des pensées distordues, ils sont au nombre de 15. Parmi ces derniers, 06 ont rechuté durant leur prise en charge contre 09 sans rechute. Le résultat du $\chi^2 = 4,16$ et la p value = 3,84 lu dans la table des valeurs critiques à 1 degré de liberté et au seuil de probabilité .05 montre un lien significatif entre la mono-toxicomanie, la distorsion cognitive et les rechutes chez les patients. Le Test V de Cramer $V = 0,22 \leq 0,30$ montre une relation moyenne entre la mono-toxicomanie, la distorsion cognitive et les rechutes. Ainsi, on peut conclure que les mono-toxicomanes

avec les pensées restructurées font moins de rechute que ceux avec des pensées distordues. Cette hypothèse opérationnelle est donc confirmée.

Tableau 4 : Poly-toxicomanie, distorsion cognitive et processus de soins

Poly-toxicomanes Distorsion cognitive	Rechute	Pas de rechute	
Poly-toxicomanes Pensées restructurées	04	12	16
Poly-toxicomanes Pensées distordues	17	07	24
Total	21	19	40

Parmi les sujets enquêtés, 16 patients sont poly-toxicomanes avec des pensées restructurées. Chez ces derniers, il est enregistré 04 qui ont rechuté durant leur prise en charge contre 12 n'ayant connu aucune rechute. En ce qui concerne les patients poly-toxicomanes ayant des pensées distordues, ils sont au nombre de 24. Parmi ces derniers, 17 ont rechuté durant leur prise en charge contre 07 sans rechute. Le résultat du $\chi^2 = 16,28$ et la p value = 3,84 lu dans la table des valeurs critiques à 1 degré de liberté et au seuil de probabilité .05 montre un lien significatif entre les pensées distordues et les rechutes chez les patients. Le Test V de Cramer $V = 0,28 \leq 0,30$ montre une relation moyenne entre la poly-toxicomanie, la distorsion cognitive et les rechutes. Ainsi, on peut conclure que les poly-toxicomanes ayant les pensées restructurées font moins de rechute que les poly-toxicomanes ayant des pensées distordues. Ces hypothèses opérationnelles sont donc confirmées.

4. Discussion

Les résultats auxquels nous sommes parvenus révèlent qu'il existe une relation entre la distorsion cognitive et le processus de soins des patients de la Croix-Bleue. Plus précisément, les patients ayant les pensées restructurées font moins de rechutes que leurs homologues ayant des pensées distordues. En se référant aux travaux antérieurs, nous pouvons dire que les résultats de notre étude ont des points de convergence avec ceux de plusieurs autres auteurs (Bosker et al., 2013 ; McCarty, Rhew, Murowchick, McCauley, et Vander Stoep, 2012 ; Fleming, Mason, Mazza, Abbott, et Catalano, 2008 ; Ronen et al., 2008 ; King, Iacono, et McGue, 2004 ; Burke, Rathouz, et Mcburnett, 2002 ; Tiffany et al., 2000 ; Paille et al., 1995). Ces études ont permis de façon générale de comprendre que le processus de soins est impacté par la distorsion cognitive des patients. Les résultats de l'étude de Bosker et al., (2013) ont effectivement montré que les aptitudes et capacités cognitives, en l'occurrence, la vigilance, la coordination, le temps de réaction, la capacité à accomplir plusieurs tâches, les capacités perceptives, le traitement de la pensée, le jugement et la perspicacité, peuvent altérées le processus de soins. Cette étude atteste l'idée selon laquelle les pensées restructurées font varier positivement le processus de soins. Elle s'appuie sur les aptitudes et capacités cognitive étant des composants essentiels de la pensée restructurée pour expliquer le taux rechutes élevé chez les patients ayant les

pensées distordues. Il importe de retenir de ces travaux que la réalisation du processus de soins requiert un minimum de compétence intellectuelle et de concentration du patient.

Les études de (Miller et al., 1994 ; Marlatt et al., 1980) ont montré que les déficits cognitifs peuvent participer à réduire le résultat souhaité de l'apprentissage de nouvelles compétences. Selon ces études, les déficits de mémoire peuvent conduire à l'isolement et à des comportements violents résultant ou concourant à des difficultés concernant les soins. De ces différentes études, nous comprenons la différence observée au niveau des difficultés du traitement entre les patients ayant les pensées restructurées et ceux avec des pensées distordues. C'est en sens que les travaux de Parsons (1998), ont montré que l'état de la mémoire, le niveau d'intelligence, la perception et l'attention sont des fonctions mentales nécessaires pouvant impacter le processus de soins dans toute sa dimension. Notre étude s'aligne cette idée en ce sens que la perception du patient face aux substances et aux traitements sont des caractéristiques cognitives influençant significativement le résultat attendu.

Notre cerveau traite et enregistre quotidiennement des informations à travers nos processus psychologiques tels que la perception, l'apprentissage, le langage, la pensée, l'attention, la mémoire, la motivation et l'émotion. Selon Burns, (1999) suite à des consommations de substances, le cerveau n'arrive pas à bien décoder toutes les informations reçues. A cet effet, il arrive que des erreurs d'interprétation et d'analyse et de jugement surgissent au fond de nous et nous laissent croire à des choses chimériques. De cette assertion est corroborée par les travaux de (Besançon, 2005 ; Windle et Howard, 1989) qui montrent que les aspects de la personnalité comme l'estime de soi, la faiblesse intellectuelle et les déficits mentaux déforment les pensées et sont des facteurs significatifs concernant les difficultés observées pendant les soins. Ces travaux attestent la significativité observée dans cette étude sur la distorsion cognitive et le processus de soins. A ce titre elle confirme l'hypothèse selon laquelle les patients ayant les pensées restructurées font moins de rechutes que ceux avec les pensées distordues.

Cependant, plusieurs études telles que (Loukas et al., 2003 ; Mun et al., 2001 ; Zucker et al., 2000 ; Kendler et al., 1999 ; Wills et al., 1994) expliquent la relation entre le type de dépendance et le processus de soins. De ces études, l'on retient d'une part que la mono-toxicomanie fait varier le processus de soins. D'autre part, la variation observée au niveau du processus soins s'explique aussi par la poly-toxicomanie. En effet, selon les études de (Shillington et Clapp, 2001, 2006) les poly-toxicomanes sont davantage vulnérable à cause de l'effet additif ou multiplicatif des substances lorsqu'elles sont consommées simultanément. De plus, ils se distinguent des mono-toxicomanes d'alcool et ceux des drogues, non seulement par leur profil de consommation, mais aussi par d'autres caractéristiques individuelles associées. En distinguant les situations de double intoxication aux situations de consommation exclusive d'alcool ou de drogue, il devient possible de déterminer le niveau de vulnérabilité et le niveau du craving chez les patients engagés dans un processus de soins. Ces études évoquées concordent avec la nôtre et étayent l'idée selon laquelle le type dépendance influence le processus de soins. De façon précise, la consommation

d'une ou de plusieurs substances est susceptible de faire varier significativement le taux de rechutes. Autrement dit, les patients mono-toxicomanes ayant les pensées restructurées font moins de rechutes que ceux ayant les pensées distordues. Dans le même sens, les patients poly-toxicomanes ayant des pensées restructurées font moins de rechutes que les patients poly-toxicomanes ayant des pensées distordues.

Conclusion

Au terme de l'étude, il est à retenir que les idées qui ont présidé à la recherche s'avèrent vraies. Le processus de soins des patients du Centre d'Accueil de la Croix-Bleue est influencé par leurs distorsions cognitives. Ces distorsions cognitives sont fonctions des perceptions et de l'état de pensée des patients. Dans ces conditions, pour une meilleure prise en charge des patients du Centre d'Accueil de la Croix-Bleue dans l'optique de réduire le phénomène de rechute, il importe de tenir compte de ces distorsions cognitives. Pour cela, il serait intéressant d'appréhender l'état de pensée du patient, sa détermination à sortir de la maladie, sa perception du ou des produits consommés, l'idée qu'il a de lui, des personnes qui l'entourent et du traitement. Ceci afin limiterait les obstacles liés au processus de traitement et réduirait les risques de rechutes. A cet effet, les spécialistes de la prise en charge doivent accentuer les démarches de soins chez ceux qui tendent à orienter leurs perceptions dans un sens distordu à l'égard des substances et du traitement.

Références bibliographiques

- Anaes. (1999). Principes d'évaluation des réseaux de santé. Paris : Anaes.
- Besançon, ML (2005). Ressources relatives : Inégalité dans les guerres ethniques, les révolutions et les génocides. *Journal de recherche sur la paix*, 42 (4), 393-415.
- Bosker, W.M., Karschner, E.L., Lee, D., Goodwin, R.S., Hirvonen, J., Innis, R.B., et Ramaekers, J.G. (2013). Fonction psychomotrice chez les fumeurs quotidiens chroniques de cannabis pendant une abstinence prolongée. *PloS one*, 8 (1), e53127.
- Burns, D.D. (1999). *Le manuel du bien-être* (p. 768). New York : Plume.
- Diboh, E., Marc, O. G., Jean-Claude, N., Sébastien, K., Bienvenu, K., Samedi, D. B., Luc, G. K., Antoine, I. B., et Antoine, T. N. (2022). Evaluation de L'attention Selective Chez les Alcoolodépendants Admis Pour Traitement au Centre de la Croix Bleue (Cote d'Ivoire). *European Scientific Journal*, 9, 563.
- Diboh, E., Assi, B., Yao, K. M., Badjo, P., Gbalou, K.L., Tako A. (2015). Effets du koutoukou sur l'électroencéphalogramme (EEG) des jeunes scolarisés de la ville d'Abidjan (Côte d'Ivoire). *Afrique Biomédicale*, 20, 62-75.
- Dubos, J.B. (1973). *L'homme et l'adaptation au milieu*. Paris : Payot.
- Ellis, A. (1964). *Psychothérapie. Théorie, Recherche et Pratique*, 1(2), 83-87
- Fleming, C.B., Mason, W.A., Mazza, J.J., Abbott, R.D. et Catalano, R.F. (2008). Modélisation de la croissance latente de la relation entre les symptômes dépressifs et la consommation de substances pendant l'adolescence. *Psychologie des comportements addictifs*, 22 (2), 186.
- Dje bi, G., et Coulibaly, C.O. (2017). Profils des femmes à consommation problématique de drogues en Côte d'Ivoire. *European Scientific Journal*, 13 (29), 306.

- Jouteau-Neves, C., et Malaquin-Pavan, E. (2012). Formation et impact des infirmiers cliniciens. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Savoirs et soins infirmiers*, 7(1), 1-7.
- King, S.M., Iacono, W.G. et McGue, M. (2004). Psychopathologie de l'extériorisation et de l'intériorisation de l'enfance dans la prédiction de la consommation précoce de substances. *Dépendance*, 99 (12), 1548-1559.
- Kouakou, O. (2012). Attitudes des adolescents face à l'alcool et leurs comportements d'alcoolisation. *Cahier ivoirien de psychologie*, 2, 79-87.
- Kouakou, O. (2015). Troubles des conduites alimentaires chez des consommateurs de boissons alcoolisées à Abidjan. Presses Universitaires de Ouagadougou, Série D Sciences de la Santé, Annales, Nouvelles série (016), 101-119.
- Kouakou, O. Guédé, A. S. (2018). Niveau d'instruction, statut socio-économique et itinéraire thérapeutique des patients du service de cancérologie de Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville-Abidjan. *REGALISH, Revue Gabonaise De Littérature et Sciences Humaines*, n° Spécial 1., 6-17.
- Kumpulainen, K. (2000). Psychiatric symptoms and deviance in early adolescence predict heavy alcohol use 3 years later. *Addiction*, 95(12), 1847-1857.
- Lahey, B.B., Loeber, R., Burke, J., Rathouz, P.J. et McBurnett, K. (2002). Croissance et déclin de concert : comorbidité dynamique du trouble des conduites avec d'autres problèmes perturbateurs et émotionnels sur 17 ans chez les garçons référés à la clinique. *Journal de psychologie anormale*, 111 (4), 556.
- Lambert, G. Haley, N., Tremblay, C., Frappier, J.Y., Roy, É. et Otis., J. (2015). Consommation problématique de substances psychoactives et comportements sexuels à risque chez les adolescents admis en centre jeunesse. *Drogues, santé et société*, 14(1), 132-151.
- Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J. et Brunelle, N. (2004). La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEPADO) : développement et qualités psychométriques. *Drogues, santé et société*, 3 (1) 4-86.
- Marmorstein, N.R., White, H.R., Loeber, R., et Stouthamer-Loeber, M. (2010). Anxiety as a predictor of age at first use of substances and progression to substance use problems among boys. *Journal of abnormal child psychology*, 38(2), 211-224.
- McCarty, C.A., Rhew, I.C., Murowchick, E., McCauley, E., et Vander Stoep, A. (2012). Emotional health predictors of substance use initiation during middle school. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 351.
- Miller, A.J., Cayan, D.R., Barnett, T.P., Graham, N.E., et Oberhuber, J.M. (1994). The 1976-77 climate shift of the Pacific Ocean. *Oceanography*, 7(1), 21-26.
- Morris, K. (2006). Using the decision-making process. *Ohio Nurses Review*, 6, 22-23.
- Olivier, F., N'Kam, M., Midoungue, C., et Rey, J.L. (2005). Étude sur l'observance des traitements antirétroviraux au Centre hospitalier universitaire de Yaoundé (Cameroun). *Santé publique*, (4), 559-568.
- OMS. (1946). La définition de la santé de l'OMS. In *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé (Vol. 2)*.

- Paille, F.M., Guelfi, J.D., Perkins, A.C., Royer, R.J., Steru, L., et Parot, P. (1995). Double-blind randomized multicentre trial of acamprosate in maintaining abstinence from alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, 30(2), 239-247.
- Parsons, O. (1998). Neurocognitive deficits in alcoholics and social drinkers: a continuum? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 954-961.
- Ronen, A., Gershon, P., Drobiner, H., Rabinovich, A., Bar-Hamburger, R., Mechoulam, R., et Shinar, D. (2008). Effets du THC sur les performances de conduite, l'état physiologique et les sentiments subjectifs relatifs à l'alcool. *Analyse et prévention des accidents*, 40 (3), 926-934.
- Sareen, J., Stein, M.B., Cox, B.J., & Hassard, S.T. (2004). Understanding comorbidity of anxiety disorders with antisocial behavior: findings from two large community surveys. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(3), 178-186.
- Neurès, K.L. et Siebert, C. (2009) *Raisonnement démarche clinique et projet des soins infirmiers*. Paris : Elsevier Masson.
- Standridge, J.B., Zylstra, R.G., et Adams, S.M. (2004). Alcohol consumption: an overview of benefits and risks. *Southern Medical Journal*, 97(7), 664-673.
- Tiffany, S.T., Carter, B.L., et Singleton, E.G. (2000). Challenges in the manipulation, assessment and interpretation of craving relevant variables. *Addiction*, 95(8s2), 177-187.
- Véron, L. (2020). Prévenir la souffrance et promouvoir la santé mentale des étudiantes : exemple de modes d'intervention avec les actions d'Aptitude. In *La santé mentale sur les campus universitaires face aux défis contemporains : de la discrimination à la COVID-19. Regards croisés : Communication, Droit et Psychologie*.
- Windle, M. et Howard, T.B. (1989). Cognitive Ability and drinking behavior in a national sample of young adults. *Alcoholism Clinical and experimental research*, (13), 43-48.
- Wolitzky-Taylor, K., Bobova, L., Zinbarg, R.E., Mineka, S., et Craske, M.G. (2012). Longitudinal investigation of the impact of anxiety and mood disorders in adolescence on subsequent substance use disorder onset and vice versa. *Addictive behaviors*, 37(8), 982-985.