



**REVUE SCIENTIFIQUE  
SOCIÉTÉS, ÉDUCATION, SANTÉ  
ET PATHOLOGIES SOCIALES  
(SESPS)**

**e-ISSN : 3006-3779**

**Numéro 02  
DECEMBRE 2024**

**[www.sesps.leppe.org](http://www.sesps.leppe.org)**

**Laboratoire d'Étude et de Prévention  
en PsychoÉducation**

**SESPS  
email : [sesps@leppe.org](mailto:sesps@leppe.org)**

REVUE SCIENTIFIQUE  
SOCIÉTÉS, ÉDUCATION, SANTÉ ET PATHOLOGIES SOCIALES  
ISSN : 3006-3779 (En ligne)

REVUE SCIENTIFIQUE  
SOCIÉTÉS, ÉDUCATION, SANTÉ ET PATHOLOGIES SOCIALES (SESPS)  
N° 02 DECEMBRE 2024

**INFORMATIONS SUR LA REVUE :**

- ISSN : 3006-3779 (En ligne)
- Site Web : [www.sesps.leppe.org](http://www.sesps.leppe.org)
- Éditeur : LABORATOIRE D'ETUDES ET DE PREVENTION EN PSYCHOEDUCATION (LEPPE)
- Fréquence de publication : Semestrielle
- Type de ressource : Périodique
- Langue : français
- Pays : Côte d'Ivoire

**ADRESSE :**

LABORATOIRE D'ETUDES ET DE PREVENTION EN PSYCHOEDUCATION  
ECOLE NORMALE SUPERIEURE—ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)

22 BP 603 Abidjan 22

[infos@leppe.org](mailto:infos@leppe.org) / [www.leppe.org](http://www.leppe.org)

INDEXATION



<https://reseau-mirabel.info/revue/22101/Societes-Education-Sante-et-Pathologies-Sociales-SESPS>



<https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/1024918>



TOGETHER WE REACH THE GOAL

<https://sjifactor.com/passport.php?id=24217>

## LIGNE EDITORIALE

Sociétés, Éducation, Santé et Pathologies Sociales est une revue scientifique organisée autour de quatre (04) principales thématiques (Sociétés, Éducation, Santé et Pathologies Sociales) en interaction et à plusieurs combinaisons : Société et Éducation ; Sociétés et Santé ; Société et Pathologies Sociales ; Éducation et Santé ; Éducation et Pathologies Sociales ; Sociétés, Éducation et Santé ; Sociétés, Éducation et Pathologies Sociales ; Éducation, Santé et Pathologies Sociales ; Santé et Pathologies Sociales.

Ces thématiques peuvent être ainsi organisées en principales variables ou facteurs d'étude : variables dépendantes, indépendantes et intermédiaires.

Ces thématiques peuvent aussi prendre plusieurs formes ou orientations : types de société (sociétés contemporaines, sociétés traditionnelles, etc.) types d'éducation (éducation familiale, éducation scolaire, éducation par les pairs, éducation à la santé, éducation communautaire, éducation sexuelle, éducation thérapeutique, etc.) ; types de santé (santé mentale, santé physique, santé communautaire, santé et environnement, santé reproductive, etc.) ; Types de pathologies sociales (dépression, sociopathie, violences, crimes, chômage, révoltes, sinistres, victimisations, harcèlement, paraphilies, troubles de l'identité sexuelle, alcoolisation, alcoolisme, trafic et consommation de drogues et stupéfiants, etc.) Ces pathologies sociales se produisent dans divers milieux de vie (familles, entreprises, institutions, quartiers, etc.) et dans des relations sociales ou interpersonnelles.

En guise de conclusion, la Revue Scientifique Sociétés, Éducation, Santé et Pathologies Sociales est indéniablement une revue pluridisciplinaire et interdisciplinaire dans des domaines divers : psychologie, sciences de l'éducation, sociologie, anthropologie, criminologie, psychanalyse, psychiatrie, médecine légale, communication, éducation spécialisée, géographie de la santé, médecine sociale et préventive, droit, droit de la sécurité et de la protection sociale, droit de l'enfance, droit du travail, etc. Elle est en définitive un cadre d'échanges et de publications scientifiques de théoriciens et professionnels en charge et intéressés par ces problématiques ci-dessus.

Prof. KOUDOU Opadou

## COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

- KOUDOU Opadou, Professeur Titulaire de Psychologie, Ecole Normale Supérieure, Côte d'Ivoire
- GBONGUE Jean Baptiste, Professeur Titulaire des Sciences de l'Éducation, IPNETP, Côte d'Ivoire
- TOLLAH Hyppolite, PHD, Professeur Titulaire, Canada
- BEUGRE Dogo Constant, PHD, Professeur Titulaire, Profession of management and entrepreneurship, College of Business Delaware State University, Canada
- ANON N'guessan, Professeur Titulaire des Sciences de l'Éducation, IREEP / UFHB, Côte d'Ivoire
- NDOUBA Boroba François, Professeur Titulaire de Psychologie, UFHB, Côte d'Ivoire
- ISSA Moumoula, Professeur Titulaire de Psychologie, Université Norbert Zongo, Burkina-Faso
- SAWADOGO François, Professeur Titulaire de Psychologie, Université Norbert Zongo, Burkina-Faso
- DALI Lida Serge, Professeur Titulaire de Sociologie, UFHB, Côte d'Ivoire
- BAKAYOKO Ismaïla, Professeur Titulaire de Psychologie Criminelle, UFHB, Côte d'Ivoire
- DAGO Aka, Professeur Titulaire de Psychologie Clinique et Psychopathologie, UFHB, Côte d'Ivoire
- N'GORAN Koko Lucie, Professeur Titulaire de Sociologie Criminelle, UFHB, Côte d'Ivoire
- PABOUSSOUM Pari, Professeur Titulaire de Psychologie du travail et des organisations, Université de Lomé, Togo
- DJELLE Opely Patrice Aimé, Maître de Conférences en Psychologie de l'Éducation, École Normale Supérieure, Côte d'Ivoire
- SADIA Martin Armand, Maître de Conférences en Psychologie de l'Éducation, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- ESSIOMLE Yawa Ossi, Maître de Conférences en Psychologie de l'Éducation, École Normale Supérieure, Côte d'Ivoire
- SEKA Yapi Arsène Thierry, Maître de Conférences en Psychologie de l'Éducation et du langage, École Normale Supérieure, Côte d'Ivoire
- INANAN Kouewiwon Gaspard, Maître de Conférences en Sociologie de l'Éducation, École Normale Supérieure, Côte d'Ivoire

## SECRETARIAT ET COMITE DE REDACTION

- Alphonse Yapi DIAHOU, Professeur Titulaire, Université de Paris VIII, France.
- Constant DOGO Beugré, PH.D, Department of Management. Delaware State, University-USA.
- Firmin D. KREKRE, Maître-Assistant, Ecole Normale Supérieure
- Lucie N'GORAN Koko, Professeur Titulaire de Sociologie Criminelle, UFR Criminologie, Côte d'Ivoire.
- Marc Le BLANC, Professeur Titulaire, Université de Montréal, Canada.
- Maurice CUSSON, Professeur Titulaire, Université de Montréal, Canada.
- Paulin Gnanagbé GOGOUA, Maître-Assistant, Université de Cocody, Côte d'Ivoire.
- Robert CARIO, Professeur Titulaire, Université de Pau et des pays de l'Andour, France.

## RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

### 1. Auteur 1, Auteur 2

Institution de rattachement

Adresse postale

Adresse électronique

### 2. Présentation

Le corps de texte est composé en Times New Roman 12, avec un interligne simple ne dépassant pas vingt (20) pages bibliographie y comprise. Un espace de six points est défini après chaque paragraphe, aucun avant. Le style correspondant à un style « normal ». Les paragraphes sont justifiés.

### 3. Format

La première page du texte propose : un titre ; éventuellement un sous-titre ; le nom du ou des auteurs, ainsi que la mention de leur appartenance institutionnelle, de leur adresse et d'une adresse électronique de contact pour chacun d'entre eux ; un résumé du texte en Times New Roman 11; 3 à 6 mots-clés.

Les marges sont définies de la manière suivante :

– Haut & bas : 1,7 cm

– Gauche & Droite : 1,7 cm

### 4. Figures et tableaux

Les figures, illustrations et tableaux doivent être incorporés au texte. Les figures et illustrations sont numérotées de 1 à n à l'intérieur de l'article, les tableaux également. Des légendes explicites les accompagnent, composées en Times corps 10 justifiées, sans alinéa, Figure x en romain gras suivi d'un point gras, texte en italique maigre.

### 5. Soumission des textes

Les textes doivent parvenir à la rédaction sous forme de fichier électronique (en format Word ou RTF) envoyé à [sesps@leppe.org](mailto:sesps@leppe.org). Un accusé de réception électronique suivra la réception du document.

### 6. Références citées dans le texte

- Ne pas citer les renseignements bibliographiques en entier dans le texte ou en notes infrapaginales. Il suffit d'indiquer, entre parenthèses, le nom de l'auteur suivi de l'année de publication. S'il y a lieu, indiquer les pages auxquelles on se réfère en les faisant précéder d'un deux-points. Ex : (Boileau, 1991 : 312-313).
- Si le nom de l'auteur est déjà mentionné dans le texte, le faire suivre par l'année (et les pages s'il y a lieu) entre parenthèses. Ex : Boileau (1991).
- Lorsqu'un auteur a plus d'un ouvrage publié la même année, les distinguer par les lettres a, b, c, etc., ajoutées à l'année. Ex : (Boileau, 1991a).
- Si plusieurs auteurs sont mentionnés, les indiquer par ordre croissant d'année de publication et les séparer par un point-virgule. Ex : (Fagnan, 1991; Dupuis, 1995; Tardif, 1998).
- Si un ouvrage compte deux auteurs, mentionner les deux noms.
- Si un ouvrage compte plus de deux auteurs, ne mentionner que le premier nom suivi de " et al. " en italique. Ex : (Bourbonnais et al., 1997).
- Les références complètes devront apparaître dans la liste des références, à la fin du texte.

### 6.1. Liste des références (Bibliographie)

La liste des références doit être présentée à la fin du texte dans une section intitulée “ Références ”.

Lorsque plusieurs références se rapportent à un même auteur, les présenter en ordre croissant d'année de publication.

Lorsque qu'une référence comporte plusieurs auteurs, tous les noms doivent être mentionnés. Ne pas utiliser et al. dans la liste des références.

### 6.2. Normes à suivre pour la présentation des références (normes de l'APA)

Les noms des auteurs sont saisis en petites capitales.

#### Livre

Sanders, D.H., Murph, A.F., & Eng, R.J. (1984). Les statistiques, une approche nouvelle. Montréal : McGraw-Hill Éditeurs.

#### Article

Brillon, Y. (1986). L'opinion publique et les politiques criminelles. *Criminologie*, 19 (1), 227-238.

#### Chapitre d'un livre

Lasvergnas, I. (1987). La théorie et la compréhension du social. In B. Gauthier (ed.), *Recherche sociale* (111-173). Sillery : Presses de l'Université du Québec.

#### Sources électroniques

##### 1) Périodique en ligne

Auteur, S. (Année). Titre de l'article. Titre du périodique, VV, NN. Consulté le jour, mois, année, URL. Ex. : Smith, C. A. & Ireland, T. O. (2005). Les conséquences développementales de la maltraitance des filles. *Criminologie*, 38, 1. Consulté le 23 février 2006, <http://www.erudit.org/revue/crimino/2005/v38/n1/011486ar.pdf>.

##### 2) Document en ligne

Auteur, A. (Année). Titre du document. Consulté le jour, mois, année, URL. Ex. : APA Online (2001). *Electronic References*. Consulté le 23 février 2006, <http://www.apastyle.org/electgeneral.htm>.

**NB: Les opinions exprimées dans les articles n'engagent que leurs auteurs. La reproduction, même partielle, sous toute forme, est interdite sans autorisation.**

## SOMMAIRE

<p>ABSENTEISME, MOTIVATION DES ELEVES ET CLIMAT ORGANISATIONNEL EN MILIEU SCOLAIRE URBAIN : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE AU CENTRE D'ÉDUCATION DES ADULTES DE MONTRÉAL (CEAM)          Par RASSIDY OYENIRAN .....</p>	10
<p>AUTORITES TRADITIONNELLES ; UNE ALTERNATIVE SURE POUR UNE COHESION ET UNE PAIX SOCIALE DURABLES EN AFRIQUE : CAS DU PEUPLE AGNI-MOROFOUE DE BONGOUANOU (COTE D'IVOIRE)          Par ADOU AGUIRI DENIS &amp; ANET AKESSE SYLVESTRE CESAR .....</p>	33
<p>ETUDE DIFFERENTIELLE ET CLINIQUE D'UN CAS DE DEPENDANCE ALCOOLIQUE CHRONIQUE EN TRAITEMENT AU CENTRE D'ACCUEIL DE LA CROIX-BLEUE D'ABIDJAN          Par KOUAKOU OSSEI &amp; NTJAM MARIE CHANTALE .....</p>	50
<p>DE L'APPROCHE PATERNALISTE A LA COPRODUCTION DE SOINS (SOIGNANT/SOIGNE) DANS LA RELATION THERAPEUTIQUE AU SERVICE D'ENDOCRINO-DIABETOLOGIE DU CHU DE YOPOUGON          Par YAPI SONIA PRISCA CHI YAPI S – DAYORO ZOGUEHI ARNAUD K – ABODO JACKO RHEDDOR – GONDO POUSSY SANDRINE – AMON APO R – DEDOCOTON M .....</p>	72
<p>INTÉRÊT POUR LES DISCIPLINES SCOLAIRES, SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ ET BUTS D'ACCOMPLISSEMENT: CAS DES ÉLÈVES DE LA CLASSE DE 3EME DU DISTRICT D'ABIDJAN EN CÔTE D'IVOIRE.          Par ARMEL KOUAME KOUADIO – YVES JUSTIN KOFFI – DORGELES REMI SEHR.....</p>	82
<p>SEXE, NIVEAU DE PARTICIPATION PARENTALE AU SUIVI SCOLAIRE ET PERFORMANCES EN FRANÇAIS ET EN MATHÉMATIQUES CHEZ DES ELEVES DE 6<sup>ème</sup> DU LYCEE MODERNE D'ISSIA.          Par GILCHRIST BRICE DOBLIGNON &amp; ASSANDE GILBERT N'GUESSAN .....</p>	98
<p>DETERMINANTS DE LA DESISTANCE CHEZ DES JEUNES DEVIANTS ISSUS DU CENTRE ONESIME DE TABOITIEN (COMMUNE DE TIASSALE)          Par DJATO KOUASSI BLAISE .....</p>	111

## SUMMARY

ABSENTEEISM, STUDENT MOTIVATION AND ORGANIZATIONAL CLIMATE IN URBAN SCHOOLS: AN EXPLORATORY STUDY AT THE MONTREAL ADULT EDUCATION CENTRE (CEAM) By RASSIDY OYENIRAN .....	10
TRADITIONAL AUTHORITIES; A SAFE ALTERNATIVE FOR SUSTAINABLE COHESION AND SOCIAL PEACE IN AFRICA: THE CASE OF THE AGNI-MOROFOUE PEOPLE OF BONGOUANOU (IVORY COAST) By ADOU AGUIRI DENIS & ANET AKESSE SYLVESTRE CESAR .....	33
DIFFERENTIAL AND CLINICAL STUDY OF A CASE OF CHRONIC ALCOHOL DEPENDENCE IN TREATMENT AT THE BLUE CROSS RECEPTION CENTER IN ABIDJAN By KOUAKOU OSSEI & NTJAM MARIE CHANTALE .....	50
FROM THE PATERNALIST APPROACH TO THE CO-PRODUCTION OF CARE (CARER/CARED FOR) IN THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP AT THE ENDOCRINO-DIABETIC DEPARTMENT OF THE YOPOUGON UNIVERSITY HOSPITAL By YAPI SONIA PRISCA CHI YAPI S – DAYORO ZOGUEHI ARNAUD K – ABODO JACKO RHEDDOR – GONDO POUSSY SANDRINE – AMON APO R – DEDOCOTON M .....	72
INTEREST IN SCHOOL SUBJECTS, SENSE OF SELF-EFFICACY AND ACHIEVEMENT GOALS: CASE OF 3RD GRADE STUDENTS IN THE ABIDJAN DISTRICT IN CÔTE D’IVOIRE. By ARMEL KOUAME KOUADIO – YVES JUSTIN KOFFI – DORGELES REMI SEHR .....	82
GENDER, LEVEL OF PARENTAL PARTICIPATION IN SCHOOL MONITORING AND PERFORMANCE IN FRENCH AND MATHEMATICS AMONG 6TH GRADE STUDENTS AT THE LYCEE MODERNE D’ISSIA. By GILCHRIST BRICE DOBLIGNON & ASSANDE GILBERT N’GUESSAN .....	98
DETERMINANTS OF DEISTANCE AMONG YOUNG DEVIANTS FROM THE ONESIME CENTER IN TABOITIEN (TIASSALE COMMUNE) By DJATO KOUASSI BLAISE .....	111

**ETUDE DIFFERENTIELLE ET CLINIQUE D'UN CAS DE  
DEPENDANCE ALCOOLIQUE CHRONIQUE EN TRAITEMENT AU  
CENTRE D'ACCUEIL DE LA CROIX-BLEUE D'ABIDJAN**

**DIFFERENTIAL AND CLINICAL STUDY OF A CASE OF CHRONIC  
ALCOHOL DEPENDENCE IN TREATMENT AT THE BLUE CROSS  
RECEPTION CENTER IN ABIDJAN**

**KOUAKOU OSSEI**

Université Félix Houphouët Boigny / Département de psychologie  
06 BP 1889 Abidjan 06 / E-mail : [osseik@yahoo.fr](mailto:osseik@yahoo.fr)

**NTJAM MARIE CHANTALE**

Université de Douala / Département de psychologie  
BP : 3132 / E-mail : [ntjamcinq@yahoo.com](mailto:ntjamcinq@yahoo.com)

**RESUME**

L'étude porte sur un patient alcoolique chronique de sexe masculin, âgé de 50 ans hospitalisé au Centre d'Accueil de la Croix-Bleue d'Abidjan pour une cure de désintoxication alcoolique. Elle vise à fournir une description différentielle et clinique de la personnalité du patient sous l'angle de ses conduites intellectuelles, de son rapport au réel et sa socialisation, de sa dynamique affective et de son angoisse. A cette fin, nous avons adopté une démarche méthodologique qui a consisté à utiliser l'observation, les entretiens cliniques, le test du 16 PF et le test du Rorschach. Il ressort de cette investigation que le patient présente des troubles de la personnalité qui se traduisent par des perturbations cognitives, sociales et affectives. Ces résultats ont été analysés, interprétés et discutés sur la base des théories psychodynamiques.

**Mots clés** : dépendance alcoolique, chronique, Croix-Bleue, traitement, étude différentielle et clinique.

**ABSTRACT**

The study concerns a 50-year-old male chronic alcoholic patient hospitalized at the Blue Cross Reception Center in Abidjan for alcohol detoxification. It aims to provide a differential and clinical description of the patient's personality from the angle of their intellectual behavior, their relationship, to reality and their socialization, their emotional dynamics and their anxiety. To this end, we adopted a methodological approach which consisted of using observation, clinical interviews, the 16 PF test and the Rorschach test. It appears from this investigation that the patient presents personality disorders which result in cognitive, social and emotional disturbances. These results were analysed, interpreted and discussed on the basis of psychodynamic theories.

**Key words**: alcohol dependence, chronic, Blue Cross, treatment, differential and clinical study.

## I. Introduction

Le Centre d'Accueil de la Croix-Bleue est une structure hospitalière, spécialisée dans la prise en charge de tout type d'addiction aux substances. Il est d'utilité publique mais la gestion appartient à la Croix-Bleue de Côte d'Ivoire. En effet, face à la recrudescence de l'alcoolisme à travers le monde, il y a eu l'émergence des mouvements d'abstinents et d'anciens buveurs. C'est dans ce contexte qu'est née la Croix-Bleue en 1877. Le Suisse RoCHAT (1849-1917) est son fondateur. De nos jours, la Croix-Bleue est représentée sur tous les continents. En Côte d'Ivoire, elle existe depuis 1930. Cependant, c'est en 1973 qu'elle s'est dotée d'un Centre hospitalier de cure antialcoolique à Abidjan. Ce centre a pour objectifs de désintoxiquer, de rééduquer, de réinsérer sur le plan familial, professionnel et social les dépendants alcooliques. Dans ce centre, en tant que psychologue, nous avons suivi le patient dont il est question dans cette étude. Il s'agit d'un cas d'intoxication alcoolique chronique qui a sollicité le Centre d'Accueil de la Croix-Bleue pour une cure de désintoxication alcoolique.

Mais, que devons-nous comprendre par la dépendance alcoolique ?

La dépendance alcoolique est la perte de la liberté de se passer de l'usage de l'alcool (Fouquet et De Borde, 1990). C'est une pathologie qui a de nombreuses conséquences négatives aussi bien pour l'individu que pour la famille ou la communauté d'appartenance. C'est dans ce sens que l'OMS, citée par Malignac (1992) soutient que « l'alcoolisme correspond à l'ensemble des désabilités, handicaps, incapacités, inconvénients engendrés par l'abus d'alcool, tant sur le plan social et économique que sur le plan individuel » (p. 9). C'est un fléau qui prend de l'ampleur dans les sociétés humaines au fil des années. De ce fait, l'étude de la dépendance alcoolique intéresse plusieurs spécialités des sciences humaines, notamment la psychologie. Ces différentes études visent à comprendre le phénomène afin de mieux le traiter. Ainsi, l'ensemble des alcoologues s'accorde à reconnaître que pour une cure de désintoxication efficace, il est nécessaire de cerner les différentes caractéristiques du sujet malade (Kouakou, 2004). C'est dans cette perspective que se situent généralement les études en psychologie des phénomènes de la dépendance alcoolique.

En effet, certaines études ont examiné les facteurs qui déterminent les conduites alcooliques (Agoura, Brou, Kouakou et Ntjam, 1997 ; Kouakou, op.cit ; Kouakou, 2018 ; Brou, 1991 ; Kajo, 2009 ; Weiss, 1983). D'autres insistent sur les conséquences de la dépendance alcoolique

sur les individus et la vie en société (Morisette & al., 2009 ; Rutman, 2009). Dans cette dernière catégorie d'études, il est souvent question de la description des comportements des patients dans une approche quantitative. Cette approche est certes importante, car elle permet d'appréhender le phénomène alcoolique dans sa globalité. Cependant, elle présente quelques limites dans la mesure où la dépendance alcoolique est avant tout un problème personnel ou individuel. Elle survient dans un organisme singulier qui présente ses caractéristiques propres, qui réagit ou se manifeste de manière spécifique. Ainsi, les patients alcooliques sont différents les uns des autres au regard de l'anamnèse de la pathologie, de la personnalité du patient et de l'influence des facteurs socioculturels. Dès lors, il apparaît utile et pertinent d'orienter les études dans une perspective descriptive différentielle et clinique afin de cerner de façon qualitative le dépendant alcoolique aux prises avec le produit alcool dans sa vie intra et inter psychique. C'est dans ce sens que la présente étude est conduite. Elle vise à examiner le cas d'un patient dépendant alcoolique chronique en traitement au Centre d'Accueil de la Croix-Bleue de Côte d'Ivoire.

Quelle est la méthodologie utilisée ? Et quels résultats avons-nous obtenus et discutés ? Les points qui suivent apportent des éléments de réponse à ces différentes interrogations.

## **II. METHODOLOGIE**

### **1.Site et participants à l'enquête**

Il s'agit d'une étude de cas de patient pris en charge dans un établissement hospitalier (le Centre d'Accueil de la Croix-Bleue. Le patient est un homme âgé de 50 ans, célibataire avec sept (07) enfants dont cinq (05) garçons et deux (02) filles de trois (03) mères différentes. Il est en fonction dans l'administration publique. A défaut de la présence des enfants, une sœur et un frère accompagnant le patient ont participé à l'enquête.

### **2. Technique et outils de collecte de données**

Le patient a été examiné à l'aide de l'entretien clinique semi-directif, du test de 16 PF, du test de Rorschach et de l'observation.

#### **2.1. L'entretien clinique**

Quatre (4) entretiens ont été réalisés avec le patient et deux (02) entretiens avec les parents, accompagnateurs du patient : sa sœur et son frère. Ces entretiens cliniques avaient deux objectifs à savoir : l'aide à apporter au patient et la recherche des informations sur la

manifestation de sa symptomatologie. Les entretiens se sont étendus sur la période de deux semaines d'hospitalisation du patient.

## 2.2. Le 16 PF

Le 16 PF (Cattell, 1970) permet de déceler les traits de personnalité saillants à savoir l'intelligence, l'affectivité profonde et le contact social. Nous pensons que pour mieux cerner le problème du patient, il fallait d'abord procéder par une démarche analytique et le 16 PF se prête mieux à cette démarche, dans la mesure où il présente la personnalité de l'individu sous forme de traits. Après cette approche parcellaire de l'étude de la personnalité, nous avons cherché à cerner sa dynamique interactive grâce au test de Rorschach.

## 2.3. Le Rorschach

Le patient est dépendant alcoolique chronique. Nous pensons donc qu'un problème de personnalité est sous-jacent à une telle conduite. Ainsi, le test de Rorschach va permettre de révéler la structure profonde et le fonctionnement dynamique de la personnalité du patient. Nous l'utilisons ici pour avoir des précisions sur les informations générales fournies par le 16 PF. En outre, étant qu'épreuve projective, le Rorschach subit moins l'influence du sujet contrairement au 16 PF qui invite le patient à s'auto-observer ou s'auto-critiquer. C'est un test qui aide à affiner le diagnostic différentiel de la pathologie du patient. Il existe plusieurs cotations du Rorschach en fonction des pays et des auteurs. Dans le cadre de cette étude, nous avons opté pour la cotation française de Ombredane et Canivet (cités par Anzieu et Chabert, 1992). Nous nous sommes aussi servis du livret de cotation de Beizmann (1966) pour des informations complémentaires.

## 2.4. L'observation

L'observation est la constatation des choses et des phénomènes tels qu'ils se présentent à nous. Mais, l'observation en clinique implique en général un grand degré de participation de l'observateur ; c'est-à-dire qu'il s'agit d'une observation à forte inférence (Massonat, 1978). En pratique clinique, l'observation intervient au cours des entretiens à dessein diagnostique ; elle reste importante dans les entretiens thérapeutiques, car elle oriente le thérapeute dans ses interventions. Elle nous a permis de relever les comportements du patient lors des entretiens et la passation des tests.

## 3. Analyse et traitement des données

Il importe de préciser que l'hospitalisation du patient s'est prolongée sur deux semaines. Nous avons commencé les entretiens dès la première semaine. La passation du test de 16 PF puis du

test de Rorschach s'est déroulée la deuxième semaine de l'hospitalisation du patient. Il a fallu attendre cette période pour permettre au patient de retrouver un peu de lucidité en raison de son état de chronicité et de l'effet tranquilisant de certains médicaments, notamment les neuroleptiques. Nous soulignons que l'observation, comme outil d'investigation était transversale aux autres instruments évoqués.

✓ Etat général du patient à l'entrée au Centre d'Accueil de la Croix-Bleue

Le patient est arrivé en consultation dans un état physique très chétif, avec des cheveux et des vêtements très peu soignés. On observait des légers tremblements des mains et des lèvres. Il avait une plaie mal soignée à la jambe gauche ; autour de ses pieds, on pouvait voir une sorte de crasse qui indiquait qu'il ne se lavait pas depuis un certain temps. Il dégageait une mauvaise odeur ; son aspect physique général laissait transparaître une personne qui se néglige à tout point de vue (une incurie généralisée).

Au centre d'accueil de la Croix-Bleue, le patient se présente comme une personne très calme, réservée, toujours retirée des autres pensionnaires. Une instabilité psychomotrice est perçue à travers la répétition fréquente d'un mouvement de va et vient entre son lit où il va se coucher et le hall où il vient s'asseoir. Tout se passe comme s'il s'ennuyait beaucoup. Il avait l'air hagard, anxieux, pensif. Lorsqu'on lui adressait la parole, il était prompt et bref dans les réponses. Il donnait l'impression que rien ne l'intéressait, aussi bien les activités ludiques que les contacts avec les autres. Il interrompait très souvent les activités qu'il entreprenait ; par exemple, en plein jeu de damier ou de ludo, il pouvait arrêter la partie prétextant la fatigue. Il abrégait souvent les entretiens cliniques. Lorsqu'il recevait la visite d'un parent, il était même capable de l'abandonner pour aller se coucher.

Il semblait avoir perdu la notion du temps. Il ne se retrouvait pas dans les horaires des repas. Par exemple, une heure ou deux heures après le petit déjeuner de 7 h 30, il s'apprêtait pour le déjeuner en se munissant de sa cuillère et de son verre ; pensant qu'il est 12 heures. Il en est de même après le repas de midi, c'est-à-dire vers 14 Heures, il s'apprêtait pour le repas du soir ; lorsqu'on l'interpelait, il se ravisait et partait ranger son matériel (cuillère et verre).

Le patient avait des troubles de mémoire ; il repose les mêmes questions, car il ne retient pas les réponses qu'on lui donne. Lorsque l'infirmier lui donne les médicaments et lui explique la posologie, il est incapable de la retenir. Son sommeil est très souvent troublé ; il fait beaucoup de cauchemars dans la nuit. Son voisin de chambre, raconte que pendant les nuits, il parle en rêve ; il parle très fort dans des langues bizarres, le mélange du dioula, du baoulé et du français.

On note quelques morceaux de phrase comme : « ...laisse-moi dormir... » « ...il faut partir... », « ...va, va... ». Il se lève quelques fois et émet des cris d'animaux : chiens, chats, etc... Il crie tellement fort que cela effraie et réveille le voisin. Le patient reconnaît que pendant ses sommeils, il voit des monstres qui surgissent, qui veulent l'attraper ; il crie donc pour les repousser.

Il ressort d'une enquête réalisée par les assistants sociaux du Centre d'Accueil de la Croix-Bleue dans le service du patient qu'il ne partait plus régulièrement au travail ; et lorsqu'il s'y rendait, il passait son temps à raconter des obscénités à ses collègues.

#### ❖ Hypothèses diagnostiques

Au regard des éléments cliniques suivants : la négligence de soi (malpropreté), état chétif, les tremblements, l'isolement, le manque de concentration pour les activités, l'instabilité psychomotrice, la confusion mentale, les amnésies, l'angoisse, les troubles de sommeil et la dépendance alcoolique.

Nous retenons le diagnostic suivant « un état dépressif sur une psychose alcoolique, fonctionnant sur l'organisation de type psychotique.

A la suite des entretiens réalisés et de l'administration des tests, nous présentons dans les lignes suivantes les résultats obtenus.

### III. RESULTATS

Les résultats seront présentés relativement aux trois instruments de collecte des données : les entretiens, le test de 16 PF et le test de Rorschach.

#### 1/ Synthèse des données de l'entretien et de l'observation

Durant son séjour au Centre d'Accueil de la Croix-Bleue, nous avons constaté une évolution favorable de l'état de clinique du patient. Au niveau physique, ses tremblements avaient cessé, sa masse corporelle était devenue 52 Kg au lieu de 42 à l'entrée. Il prenait de plus en plus soin de lui-même. Il faisait sa toilette chaque matin et lavait quelque fois ses habits. Au niveau comportemental, sa tendance au repliement sur soi demeurait, mais il participait quelques fois à certaines activités ludiques avec les autres pensionnaires (jeux de ludo et de damier). Dans ses contacts avec les autres, il avait toujours tendance à se débarrasser rapidement de son interlocuteur.

En ce qui concerne les troubles psychiques, il a été observé une certaine amélioration, les amnésies avaient diminué, la désorganisation du cours de la pensée avait disparu, il pouvait donc produire un discours cohérent qui ne laissait plus place au délire. Ces thèmes oniriques étaient chargés d'une forte anxiété. Il apparaît ainsi comme une angoisse permanente qui inhibe le sujet, le plaçant dans un monde imaginaire et entraînant une véritable altération de son adaptation sociale.

On note également comme mécanisme de défense principal le déni de la réalité à travers notamment la non acceptation de son état de malade. Mais, ce comportement tend à disparaître. On peut rattacher les causes qui ont occasionné la pathologie du patient aux multiples événements ayant marqué sa vie. A cet égard, les informations relatives à ses antécédents familiaux méritent une attention particulière.

Tout d'abord le type de milieu affectif dans lequel le patient a évolué. En effet, il semble avoir souffert d'un milieu familial conflictuel. Le père, avec ses trois (3) épouses, était presque effacé. Les rapports entre les membres de la famille étaient tendus. Tout ceci aboutit au divorce de ses deux parents. Divorce qui est survenu lorsque le patient avait 10 ans, c'est-à-dire en pleine période de préadolescence. Après le divorce, il se retrouve avec la mère qui va jouer un double rôle pour l'éducation de ses enfants : rôle de mère (aimante) et rôle de père (figure d'autorité). Elle s'est montrée comme une mère autoritaire et surprotectrice. Cet état de fait, n'a pas permis le plein épanouissement du patient qui est resté aux yeux de celle-ci comme un enfant.

A l'âge adulte, il a eu des compagnons de bar et ils passaient ainsi des moments à boire l'alcool ensemble. Il s'agit d'une sorte d'entraînement social caractéristique de ce que Kouakou (2004) qualifie d'alcoolisme par habitude. Ensuite, les déceptions amoureuses ont créé chez le patient une instabilité sentimentale : le divorce d'avec ses deux femmes, séparations qu'il considère comme des trahisons. Enfin, il a vécu des situations éprouvantes : la déchéance professionnelle à la suite du détournement financier qui a valu sa mutation, le décès de son frère. La conjugaison de tous ces événements a contribué à fragiliser la structure de sa personnalité et à le conduire dans la consommation de l'alcool de façon excessive et chronique provoquant ainsi ses troubles psychiques actuels.

2/ Analyse et interprétation des données du 16 PF (Annexe 3).

L'examen des différents facteurs mis en évidence par le test, nous permet de soutenir que la plupart des premiers facteurs convergent avec les facteurs de second ordre. Ce qu'on pourrait

retenir du patient au niveau intellectuel, c'est qu'il a une pauvreté intellectuelle d'ordre psychopathologique, cela se traduit par ses difficultés de réflexions.

En ce qui concerne les facteurs de socialisation, nous notons une faiblesse du moi et du surmoi, et une faiblesse d'intégration sociale. En effet, au cours de l'évolution psychologique de l'individu, le moi et le surmoi se construisent. Et leur formation dépend de la qualité des relations que l'enfant entretient avec son entourage physique et surtout humain, d'une part et des caractéristiques propres de l'enfant d'autre part. Aussi convient-il de préciser que leur construction se situe dans l'enfance. Partant de ce principe, nous pensons que si ces deux instances sont faibles au niveau du patient, c'est que ses relations précoces semblent avoir subi des perturbations, c'est dans ce sens que le test nous révèle une faiblesse d'intégration sociale. Le patient éprouve donc des difficultés à vivre en harmonie avec son environnement social. Le principe de plaisir semble avoir pris une ascendance sur le principe de réalité, dans la mesure où il se laisse guider par ses pulsions instinctuelles dont l'objet ici est l'alcool.

Par rapport à ce mode de fonctionnement, il paraît inhibé dans ses rapports avec les autres. Il vit renfermé sur lui-même dans une certaine indifférence affective, d'où l'introversive mise en évidence par le facteur de second ordre QI. Cependant, malgré cette tendance introversive, le patient n'est pas totalement déconnecté de la réalité, car le facteur F, indicateur de la qualité de l'humeur, occupe une position médiane.

Il importe également de noter que le patient vit une forte anxiété. Il est tourmenté, déprimé et a tendance à se culpabiliser. De ce fait, il tend à ruminer pressentiments et idées noires. Cela est manifeste à travers la position extrême du facteur O -. Le facteur de second ordre QII= 7,3 confirme cet état de fait. L'exploration de l'état psychique du patient permet de rattacher cet état affectif anxieux à la faiblesse du moi et du surmoi du sujet. Il est possible que ses relations primitives n'aient pas été de bonne qualité. Ce fait, a contribué à fragiliser la formation de son moi et de son surmoi dont la conséquence est la manifestation de cette anxiété, qui a des caractéristiques d'une anxiété infantile.

En définitive, il ressort de l'analyse des résultats au test que le patient est timide, timoré et inhibé dans ses contacts avec les autres. Il s'agit d'une personnalité à tendance introversive dominée par une forte anxiété. Il présente un moi faible ; ceci semble être le signe des relations précoces perturbées ; et un surmoi aussi faible avec une faiblesse d'intégration sociale. Au regard de ces informations, l'on pourrait penser à une personnalité psychotique.

Ces résultats au test, ont permis également de mettre en évidence l'affaiblissement intellectuel du patient, qui peut être due à la consommation chronique de l'alcool. De ce fait, l'hypothèse d'une détérioration mentale est pertinente. D'où le recours au test de Rorschach pour plus de précisions.

### 3/ Analyse et interprétation du protocole et psychogramme du Rorschach (Annexe 1 et 2)

Le psychogramme est caractérisé par les traits saillants suivants :

Une productivité très inférieure à la normale, un rythme très rapide qui donne l'impression que le patient s'est débarrassé du test (temps de passation très court : 2 min 10''), un type d'appréhension pauvre et déséquilibré, car on rencontre seulement deux (02) modes d'appréhension avec des proportions inversées (62,5 % de G contre 37,5 % de D), un type de résonance intime introversif pur confirmé par la formule complémentaire ; A% est élevé et supérieur à H% ; deux (02) refus qui laissent entrevoir une inhibition ou un blocage émotionnel provoqué par une situation conflictuelle angoissante probable qu'il convient de déterminer.

De façon générale, les réponses évoluent en deux (2) phases : la première phase, le patient a donné des réponses G (générales) aux cinq (5) premières planches ; et dans la deuxième phase à partir de la planche VI à la planche X, il s'agit des réponses D (détails). Nous remarquons également que la quasi-totalité des réponses sont déterminées par des kinesthésies (K et Kan) sauf la dernière réponse, déterminée par F-. On note également un très grand nombre de réponses banales (Ban : 5/8).

Il ressort de l'ensemble des réponses, une évolution progressive partant du général au particulier. Une telle évolution des réponses témoignerait d'une démarche intellectuelle déductive si les réponses concernaient une même planche, mais telles que présentées, nous pensons que cela peut être le signe d'une angoisse qui évolue chez le sujet et qui l'amène à fuir progressivement l'objet central, global de la tâche pour se réfugier dans les détails au fur et à mesure que se succèdent les planches. C'est ce qui pourrait justifier les réponses générales des planches I à V, et les réponses détails des planches VI à X.

Au terme de la présentation de l'aspect général du protocole, il convient d'examiner les différentes conduites mises en évidence. Il s'agit précisément des conduites intellectuelles, du rapport au réel et la socialisation, la dynamique affective et l'angoisse du patient.

- Les conduites intellectuelles

A ce niveau, nous relevons une productivité très faible ; cet état de fait peut s'expliquer soit par un manque d'intérêt, soit par une inhibition de la pensée. L'analyse des réponses, nous montre qu'il y a une forte proportion des réponses G soit 62,5 %. De prime abord l'on pourrait penser que ce nombre élevé de réponses G est le signe d'une bonne capacité d'abstraction, c'est-à-dire la tendance à saisir dans une vue synthétique les rapports d'une situation d'ensemble. Mais, ce nombre important de G, même s'il est prévisible compte tenu du nombre très réduit des réponses, est tout de même excessif, car dépasse largement les prévisions dans un protocole normal. Dans ces conditions, nous pouvons penser qu'il s'agit d'une attitude défensive du sujet, qui se réfugie dans les réponses G pour éviter de s'investir à fond dans ce qu'on lui propose. Il ressort également de l'analyse des G, que dans leur grande majorité, elles sont des réponses G simples. Cette prédominance des G simples, montre que le patient fait une lecture directe de ce qu'on lui propose, sans s'imprégner davantage. C'est ce qui explique les nombreuses réponses Ban. L'importance des Ban montre que le patient ne fait pas d'effort pour aller au-delà de ce qui peut être perçu par la plupart des hommes. Nous pensons donc à un faible investissement cognitif et à une curiosité intellectuelle limitée. Cette insuffisance de curiosité intellectuelle est traduite effectivement dans la productivité très réduite du sujet. En effet, le fait de donner très peu de réponses aux différentes planches montre qu'il y a un manque d'imagination du sujet ou une inhibition de sa pensée. Cette inhibition, pourrait être l'expression de l'aspect asthénique de la dépression ou le fait d'une situation émotionnelle intensément vécue de la part du patient. En effet, l'examen approfondi des réponses G nous révèle que ces réponses sont toutes déterminées non pas par des formes pures, ce qui explique une faible représentativité de F% (12,5%), mais par des composantes affectives telles que les kinesthésies (K et Kan). Ce taux faible de réponses formelles au profit des réponses kinesthésies indique qu'il y a une participation affective très intense au détriment de l'investissement intellectuel au niveau du patient. Il ressort de ce constat et par rapport aux réponses régressives données par le patient (« un monstre qui est en train de partir » planche 4 ; « un monstre qui fait son apparition » planche VI ; « ...c'est un monstre » planche X.) et aussi les deux refus, qu'une angoisse sous-jacente domine la pensée du patient.

- Le rapport au réel et la socialisation

L'analyse du psychogramme nous révèle que la plupart des réponses du sujet sont déterminées par des kinesthésies de bonne forme (37,5 % de K+ et 25% de Kan+) ; ce qui montre d'une certaine manière que le patient a un bon rapport avec le réel malgré le taux faible de F%.

Cependant, ce nombre important des kinesthésies, témoigne également au niveau du patient, d'une participation importante de la vie imaginaire. Nous pouvons de ce fait dire qu'il se laisse aller dans l'imaginaire projectif. Mais, il apparaît aussi que la projection que se livre le patient s'écarte de l'univers des humains pour se fixer sur des animaux, surtout les monstres qui suscitent la terreur, l'angoisse ; cela est remarquable dans la persévération de trois (3) réponses « *monstre* ». Tout se passe comme si la pensée du patient est obnubilée, crispée par des êtres angoissants. C'est ce qui explique l'importance des A% par rapport au H%. Il vit cette situation angoissante en s'isolant dans les idées. Dans ces conditions, il ressort que l'adaptation ou l'intégration sociale paraît superficielle ou insuffisante, cela transparaît au travers d'une production très faible des réponses D, signe d'une pensée très peu concrète, détachée de la réalité quotidienne. En plus de cette productivité faible de D, il y a un nombre très élevé de réponses Ban 5/8. Ce nombre important de Ban, est l'expression de la tendance conformiste du sujet. Il s'agit ici, d'un conformisme excessif qui peut avoir une valeur défensive, dans le sens d'éviter de prendre des initiatives personnelles par crainte de ne pas réussir.

- La dynamique affective

Le type de résonance intime (TRI) du patient est :  $3 K / 0 \sum C'$ . Il peut être donc classé dans le type introversif pur. Il occupe l'un des pôles extrêmes de TRI. Dans ces conditions, il s'agit d'une personnalité qui privilégie une vie intérieure par rapport à l'extérieur, c'est-à-dire une personnalité qui imagine plutôt qu'elle n'agit. L'examen des réponses K qui nous permettent de déterminer le TRI du patient, nous amène à reconnaître que deux (02) des trois (03) K sont formellement adéquates, elles concernent des images humaines entières ; ce sont les réponses (« *Deux personnes qui sont en train de jouer* » planche II ; « *Deux femmes qui sont en train de faire la cuisine ; elles sont entrain de puiser de l'eau* » planche III). Cependant, nous remarquons que la réponse à la planche II n'est pas sexualisée contrairement à celle de la planche III. En effet, la planche III se caractérise par sa bisexualité. De ce fait, elle met l'accent sur les processus d'identification sexuelle. Mais, il apparaît que ces deux réponses sont caractérisées par leur dimension ludique et euphorique. A travers ces K, nous pouvons dire que la projection de l'image de soi sur autrui est positive. Concernant la réponse à la planche I, la K a un contenu para humain « *les anges noirs qui se querellent* ». C'est une réponse projective qui a un caractère dépressif et négatif.

Nous retenons également que les K produits par le patient, déterminent uniquement les réponses G, et constituent les trois (03) premières réponses du protocole. Le contenu général des K est

non dysphorique à l'exception la K de la planche I, qui peut être le fait du choc initial. Les K paraissent donc en déphasage avec le reste des réponses. En effet, la projection sur les formes humaines ayant tonalité agréable, apparaît en contradiction avec la projection des petites kinesthésies (Kan) qui mettent en évidence des êtres anxiogènes (monstres). C'est ce qui apparaît dans les réponses aux planches IV, VI et VIII (« *un monstre qui est en train de partir* » ; « *un monstre qui a fait son apparition* » ; « *un monstre qui est en train de se promener* »). En se référant à la formule complémentaire (4/ 0), qui confirme tout de même le TRI, nous nous apercevons qu'il y a un nombre relativement élevé de Kan ; ce qui dénote du caractère infantile des tendances du patient et sa spontanéité dans l'expression de ses désirs.

En ce qui concerne les couleurs, nous pouvons dire que le patient est insensible aux couleurs. Sur l'ensemble des planches, il n'a fait référence à aucune couleur vive. Seule la couleur noire a été explicitement mise en évidence à la première réponse (« *les anges noirs qui se querellent* »). Il s'agit d'une réponse dépressive, même si le caractère formel prédomine la couleur (F C'). Cette réaction du patient face aux couleurs confirme sa personnalité introversive non impulsive. L'examen du RC% (25) nous permet de dire que le patient est resté conforme à sa personnalité ; il n'a pas été stimulé par les planches couleurs et a continué à donner une réponse par planche.

Il ressort de cette analyse du TRI, que conformément à ce qui caractérise les sujets introversifs, le patient en donnant un grand nombre de réponses kinesthésies au détriment des couleurs, se présente comme une personnalité qui inhibe ses mouvements réels ; il est donc renfermé, timide dans ses contacts. Il a une intelligence individualisée, capable d'imaginer et vivant une vie intérieure très intense.

- L'angoisse

La sensibilité dysphorique, voire dépressive présente dans la première réponse, « *les anges noirs qui se querellent* », devient plus manifeste par la suite dans les réponses Fclob et tendance clob, telles que « *un monstre qui est en train de partir* » (planche IV), « *un monstre qui fait son apparition* » (planche VI). On note qu'après avoir donné chacune des réponses, le patient retourne la planche pour voir derrière, comme s'il voulait découvrir un autre détail qui pourrait le conforter dans sa position.

L'examen de l'ensemble des réponses nous laisse voir que le contenu des réponses est menaçant et angoissant. En effet, sur trois (03) réponses, il y a persévération du même thème « *un monstre* ». Ainsi, le patient montre son attachement pour le thème « *monstre* » qui semble

dominé sa pensée et constitué son angoisse. Nous pouvons de ce fait dire que la situation du test a provoqué chez le patient une régression massive dans son vécu d'angoisse. Ce vécu du patient semble avoir une origine précoce et portée sur la nature de la qualité des relations maternelles. Cela se voit à travers la réponse à la planche VII « *un monstre qui est en train de se promener* ». C'est une planche en rapport avec l'imgo-maternelle. Il pourrait s'agir d'une angoisse infantile précoce, traduit par le refus de planche VII, représentant une planche « *maternelle* » et la planche IX qui favorise les références maternelles précoces (planche « *utérine* »). Le refus de ces deux planches nous permet de dire que le symbolisme véhiculé par celle-ci réactive au niveau du patient une émotion désagréable au point de ne pas pouvoir donner de réponse. Il s'est retrouvé inhibé devant ces planches « maternelles ». En faisant un rapprochement avec le vécu réel du patient, nous nous rendons compte qu'il a été sujet à l'éducation d'une mère surprotectrice et autoritaire. Ainsi, tout porte à croire que c'est la conséquence de ce type de relation avec la mère qui se manifeste à travers ces planches « maternelles ». De ce fait, nous pouvons dire que les relations précoces du patient avec sa mère ont été mauvaises, entraînant la formation incomplète de son moi. Ainsi, l'évolution libidinale du patient semble occupée une position régressive au niveau des stades prégénitaux. Dans ces conditions, nous pensons qu'il prévaut un sentiment d'insécurité chez lui. Et cette situation d'insécurité l'amène à développer une relation objectale de type autistique, c'est-à-dire qu'il est renfermé sur lui-même dans un monde imaginaire qui lui est propre. Le conflit porterait sur l'adéquation de ses pulsions élémentaires avec la réalité. Pour résoudre ce conflit, il utilise le mécanisme tel que le déni de la réalité.

En situation de test, nous considérons les refus également comme des défenses pour éviter d'affronter la réalité qui semble trop gênant pour lui. A travers ce test, nous pouvons retenir que l'angoisse de notre patient s'exprime de façon à la fois directe (les réponses « monstres » Fclob) et indirecte (les refus) caractéristique des blocages émotionnels.

Au vu de ces différentes expressions de l'angoisse, nous pouvons dire qu'il y a une immaturité émotionnelle du patient ; ce qui est rendu manifeste par des réponses régressives à contenu anxigène. Il éprouve un sentiment d'insécurité et se trouve inhibé en face des planches « maternelles ». Il pourrait donc s'agir d'une angoisse précoce qui est en rapport avec le mode de fonctionnement psychotique du sujet ; et celle-ci, serait de type de morcellement ; le tout évoluant dans une relation avec les autres de type repli sur soi. Tous ces éléments laissent penser à une personnalité qui fonctionne sur un mode schizoïde. Il est aussi sujet à une détérioration

mentale, car comme le suggère Piotrowski (1940), il apparaît 4 signes sur 5, à savoir : le nombre très réduit des réponses au test du Rorschach, un pourcentage de F+ nulle, la persévération à la planche et la quasi absence des réponses couleurs.

➤ Diagnostic

La convergence des indices aux deux tests, des observations et des entretiens cliniques, permet de soutenir que le moi du patient connaît une organisation fixée à une économie prégénitale, ce qui entraîne à son niveau des régressions massives archaïques qui mettent en avant le processus primaire. Aussi, est-il possible que l'effet toxique de l'alcool a causé chez le patient une dépression organique entraînant une décompensation de sa personnalité sur le mode de fonctionnement psychotique qui a une tendance schizoïde eu égard à l'origine très précoce des frustrations maternelles qui n'ont pas permis de renforcer la formation du moi. Les deux tests ont aussi mis en évidence un déficit intellectuel. En tenant compte des résultats aux tests, nous pouvons affirmer que ce déficit intellectuel est dû à une détérioration mentale.

#### IV. DISCUSSION

Le patient dont le cas vient d'être examiné, est un alcoolique chronique de plus de vingt (20) ans. Cette situation a provoqué à son niveau une intoxication alcoolique engendrant des troubles organiques divers. Entre autres troubles, il apparaît d'abord la dépression endogène. En effet, selon les travaux de Cottureau & al. (1980), l'alcool en consommation chronique, agit sur le métabolisme de trois (03) neuromédiateurs principaux à savoir la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline susceptible de provoquer un état dépressif. Dans le même sens, diverses autres études permettent de comprendre que l'alcoolisation chronique ou abusive entraîne de nombreux troubles psychiques et organiques (Graziani, 2002 ; Hautekète & al, 1999 ; Kouakou, 2004, 2018 ; Kouakou & al. 2022).

Au niveau du patient, nous observons que sa dépendance alcoolique a entraîné des perturbations cognitives, affective, sociales et de toute sa personnalité en général.

Concernant la dimension cognitive, l'effet toxique de l'alcool a eu un impact négatif qui se traduit par les troubles de mémoire, la désorientation et les fausses reconnaissances (Moos & Moos, 2006 ; Oscar-Berman & Marinkovic, 2007 ; Sullivan & Pfefferbaum, 2005). Sur le plan intellectuel, les tests ont mis en évidence un déficit, caractéristique d'une détérioration mentale, comme c'est le cas chez la plupart des dépendants alcooliques avec des troubles neuropsychiatriques (Kouakou, 2004). En effet, selon Ey, Bernard & Brisset (1974),

l'alcoolique chronique a tendance à s'acheminer, après un temps d'imprégnation suffisant, vers un état de détérioration intellectuelle et affective progressive (obtusion, déficit de l'attention, imprécision des processus intellectuels, orientation floue, déficit de jugement et surtout indifférence devant les responsabilités, déchéances morales et sociales de plus en plus profondes). Tous ces signes cités, sont observables chez notre patient.

Au niveau de sa personnalité, grâce aux tests et aux observations cliniques, une structure psychotique à tendance schizoïde a été identifiée chez le patient et corroborée par son attitude de repli sur soi, son introversion, ses délires hallucinatoires, avec comme mécanisme de défense principal, le déni de la réalité. Cependant, lorsqu'on rattache l'effet toxique de l'alcool à cette organisation de la personnalité, on est un peu perplexe quant à l'identification de l'élément déclenchant. Est-ce la toxicité de l'alcool qui a engendré la décompensation de la personnalité ? Ou bien au contraire, la décompensation de la personnalité qui est à la base de la dépendance alcoolique ? Toutefois, selon la revue *Educ alcool* (2022), il existe un lien bidirectionnel, et corroboré par la recherche, entre les troubles mentaux et l'abus d'alcool ou la dépendance à celui-ci. De ce fait, nous retenons que l'un est susceptible d'entraîner l'autre comme tendent à le prouver les travaux de certains auteurs Bleuler, cité par Ey & al (1974) qui soutient qu'il est vraisemblable que l'intoxication éthylique puisse extérioriser une schizophrénie latente réelle. Dublineau (1934) de son côté admet que l'alcoolisme, quand il se complique de troubles mentaux, évolue le plus souvent sur un terrain schizoïde ; mais admet également que l'alcoolisme puisse créer un état schizophrénique avec bouleversement complet du comportement antérieur chez certains sujets.

Selon Ey & al (1974), on distingue les psychoses alcooliques produites par l'effet toxique de l'alcool sur l'organisme de l'alcoolomanie, conduite d'alcoolisation dépendante d'une organisation névrotique de la personnalité. En ce qui concerne le patient, nous pensons qu'il ne s'agit pas d'une conduite d'alcoolisation dépendante d'une organisation névrotique, car les tests, les entretiens et les observations cliniques ne révèlent aucunement une structure névrotique qui serait à la base de sa consommation excessive d'alcool. Il convient de noter que la psychose alcoolique dont il souffre se présente sous plusieurs formes selon la nosologie psychiatrique. On retient généralement trois types à savoir les psychoses alcooliques aiguës, subaiguës et chroniques (Ey & al, op.cit). Le trait commun de tous ces troubles est un état de confusion plus ou moins profonde, ils se rejoignent sur plusieurs plans. C'est le cas chez notre patient au niveau de qui on observait la présence des signes suivants : accès confusionnels, les

cauchemars qui entrecoupaient son sommeil associé à des images oniriques d'animaux repoussants et dangereux (les monstres). Son onirisme avait aussi pour thème des scènes de terreur, d'exécution capitale « les sorciers qui découpent un homme » ; il s'agit d'un onirisme chargé d'anxiété. Le patient sentait constamment peser sur lui l'imminence d'un danger menaçant, des délires hallucinatoires, une désorientation spatio-temporelle avec un déficit mnésique, une instabilité psychomotrice, on observait également des troubles nerveux tels que les tremblements des membres et des lèvres.

Cependant, le délire onirique n'était pas manifestement exprimé et vécu par le patient, car il n'en donnait pas une expression diurne ni une expression hyperkinétique. Le délire onirique n'était donc qu'apparent ; on observait plutôt des inhibitions et les tendances à la rêverie. Compte tenu de tous ces éléments, nous pensons qu'il s'agit dans le cas du patient d'une psychose alcoolique non spécifiée en raison de nombreux éléments symptomatiques communs à l'ensemble des psychoses alcooliques.

## CONCLUSION

L'étude différentielle et clinique ainsi réalisée, nous révèle que le patient souffrait d'une intoxication alcoolique chronique ayant entraîné un trouble psychique de type psychose alcoolique sans délire spécifique. Par ailleurs, cette intoxication alcoolique a engendré une décompensation de sa personnalité qui fonctionne sur un mode psychotique avec une tendance autistique. Au travers duquel, il apparaît une angoisse de type morcellement qui semble avoir inhibé toutes ses fonctions cognitives, conatives et affectives. Cet état de fait, le maintien dans un repliement sur soi. Cette conduite alcoolique est la résultante d'une succession de faits et événements qui ont jalonné son existence. Il s'agit entre autres faits, des relations précoces parent-enfant perturbées, l'instabilité conjugale, les problèmes professionnels et économiques du patient.

Toutefois, il importe de souligner que la prise en charge médicale et psychologique dont a pu bénéficier le patient, lui a permis de connaître une amélioration de son état de santé général. Il est donc nécessaire que les dépendants alcooliques bénéficient d'un suivi psychologique lors de leur cure de désintoxication alcoolique.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adou, A. M, & Kouakou, O. (2023). Distorsion cognitive et processus de soins des patients alcooliques et toxicomanes du centre d'accueil de la Croix-Bleue. *Revue Djiboul*. 005 (4) 576-589.
- Angoura, J.P., Brou, K.F, Kouakou, O., Ntjam, M.C. (1997). *Catégorie socio-professionnelle et intoxication chez les pensionnaires de la Croix-Bleue d'Abidjan (Williamsville)*. Etude de cas de D. E.A. de psychologie génétique différentielle. Université de Cocody Abidjan, Non publié.
- Anzieu, D. & Chabert, C. (1992). *Les méthodes projectives*. Paris : PUF, 9<sup>ème</sup> édition.
- Cattell, R.B. (1970). *Manuel du test de 16 PF*. Paris : PUF, Edition de centre de psychologie appliquée.
- Beizmann, C. (1996). *Livret de cotation des formes dans le Rorschach*. Paris : Editions Centre de Psychologie Appliquée.
- Brou, K. D. (1991). *L'alcoolisme en Côte d'Ivoire*. Thèse de Doctorat 3<sup>ème</sup> cycle. Université de Cocody. Inédit.
- Cottureau, M.J., Tanios, A. & Chamballon, O. (1980). Alcoolisme et dépression. *L'encéphale*, 6, 209-226.
- Dublineau J. Le dynamisme élémentaire et l'éducabilité du premier âge. In: *Enfance*, tome 1, n°2, 1948. pp. 97-116. DOI : <https://doi.org/10.3406/enfan.1948.1072>  
[www.persee.fr/doc/enfan\\_0013-7545\\_1948\\_num\\_1\\_2\\_1072](http://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1948_num_1_2_1072)
- Educ Alcool (2022). Alcool et santé mentale. *Revue Canadienne*.
- Ey, H. Bernard, P. & Brisset, CH. (1974). *Manuel de psychiatrie*. Paris : Edition Masson et CIE, 4<sup>ème</sup> Edition.
- Fouquet, P. & De Borde, M. (1990). *Histoire de l'alcool*. Paris : PUF, 1<sup>ère</sup> Edition
- Graziani, P. (2002). L'exposition aux stimuli alcooliques : aspects théoriques. *Alcoologie et Addictologie*, 24, (3), 217-224.
- Hautekète, M., Cousin, I. & Graziani, P. (1999). Pensées dysfonctionnelles de l'alcoolodépendance. *Journal de thérapie Comportementale et cognitive*, 9, (4), 108-112.
- Kajo, A. (2009). *L'alcoolisme à Abidjan, problème de psychopathologie clinique : cas de l'alcoolisation abusive des élèves du secon cycle de l'enseignement du second degré*. Thèse Unique. Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan Cocody. Inédit.
- Kouakou, O. (2004). *Caractéristiques psychologiques, contextes socioculturels et catégories professionnelles des patients du Centre d'Accueil de la Croix-Bleue souffrant de diverses formes d'alcoolisme*. Thèse de Doctorat de 3<sup>ème</sup> Cycle. Université Félix Houphouët Boigny Abidjan - Cocody.

- Kouakou, O. (2018). *Etude des conduites addictives alcooliques : caractéristiques individuelles, socio-familiales et cure de désintoxication alcoolique des patients de la Croix-Bleue*. Thèse de Doctorat Unique. Université Félix Houphouët Boigny Abidjan-Cocody.
- Kouakou, A. A., Kouakou, O., Tra Bi, T. I. (2022). Niveau de Recherche de Sensations et Comportement D'alcoolisation chez des Adolescents en Milieu Scolaire à Abidjan. *ESJ Social sciences*, 1, (19), 126-139.
- Malignac, G. (1992). *L'alcoolisme*. Paris : PUF, 9<sup>ème</sup> Edition.
- Massonat, J. (1987). Observer. In A. Blanchet et al. (eds). Les techniques d'enquête en sciences sociales, 17-80.
- Moos, R. H. & Moos, B.S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101, 212-222.
- Morissette, P. & Venne, M. (2009). Un modèle théorique pour évaluer et intervenir dans le contexte d'une nouvelle maternité chez les consommatrices de substances psychoactives. P. Morissette et M. Venne (Eds.), *Parentalité, alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire*. Québec : édition CHU Ste-Justine. (pp. 28-47).
- Oscar-Berman, M. & Marinkovic, K. (2007). Alcohol: effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychology review*, 17, 239-257.
- Piotrowski, Z. (1940). Positive and negative Rorschach organic reactions. *Rorschach Research Exchange*, 4. 147-151;
- Raush D Traubenberg, N. (1990). *La pratique du Rorschach*. Paris : PUF, 6<sup>ème</sup> édition.
- Rutman, D. (2009). Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) : effets sur la parentalité. P, Morissette et M, Venne (Eds.). *Parentalité, alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire*. Québec : éditions du CHU Sainte-Justine. (pp. 219-234).
- Sullivan, E.V. & Pfefferbaum, A. (2005). Neurocircuitry in alcoholism : a substrate of disruption and repair. *Psychopharmacology*, 180 (4), 583-594.
- Weiss, W. (1983). Fonction et effets de l'alcool dans l'interaction sociale. *Drogalcohol*. 3, 83, 18-29.

ANNEXES**PROTOCOLE DU RORSCHACH**

Planche	Enquête	Cotation
<p style="text-align: center;"><b>I</b></p> <p>10'' 1/ Les anges noirs qui se querellent 23''</p>	Il indique les deux taches noires de la planche	G K+ (H) →FC'
<p style="text-align: center;"><b>II</b></p> <p>15'' 2/ Deux personnes qui sont en train de jouer. 22''</p>	Voici les deux personnes. Ils se donnent la main ici (il montre les taches noires).	G K + H Ban
<p style="text-align: center;"><b>III</b></p> <p>05'' 3/ Deux femmes qui sont en train de faire la cuisine ; elles sont entrain de puiser de l'eau. 17''</p>	Voici une femme. Voici une autre et leur casserole il y a de l'eau dedans.	G K+ H Ban
<p style="text-align: center;"><b>IV</b></p> <p>07'' 4/ Un monstre qui est en train de partir (il retourne la planche pour voir derrière) 18''</p>	Le monstre c'est tout ça (il montre toute la tache noire).	G Kan + (A) Ban →F clob Retournement
<p style="text-align: center;"><b>V</b></p> <p>05'' 5/ Une chauve-souris qui est en train de prendre de l'air; on peut dire qu'elle s'envole 24''</p>	Il montre toute la planche, et indique les 2 ailes ; elle est en air	G Kan + A Ban
<p>VI 06'' 6/ Un monstre qui fait son apparition (il retourne la planche pour voir derrière) 14''</p>	Voici le monstre qui sort de la couverture noire (il montre la partie de la tache)	D Kan – (A) Ban →F clob Retournement
<p style="text-align: center;"><b>VII</b></p> <p>05''</p>	Refus	Choc au vide

<p>Je ne discerne pas bien, je ne sais pas bien ce que c'est. Je ne peux pas le déchiffrer ; c'est une gravure sans visage excuse-moi                  26''</p>		
<p><b>VIII</b>                  09''                  7 &gt; ^ Un monstre qui est en train de se promener.                  19''</p>	<p>Il indique la partie centrale de la tache</p>	<p>D Kan – (A)</p>
<p><b>IX</b>                  07''                  v ^ Je ne discerne pas bien ça. Je ne peux pas mentir                  16''</p>	<p>Refus</p>	
<p><b>X</b>                  18''                  8 &gt; v ^ (il pose la question : " Comment est-ce qu'on peut le voir ? "                  Il n'attend pas ma réponse et répond : c'est un monstre                  39''</p>	<p>Il montre la partie grise supérieure et dit : "c'est le monstre qui est là "</p>	<p>D F – (A)</p>

## PSYCHOGRAMME DU RORSCHACH

R : 8  
 Refus : 2  
 Temps total : 2' 10"  
 Temps / réponse : 16, 37"  
 Temps lat moy : 10,87"

G : 5 62,5 %  
 D : 3 37,5 %  
 H% : 37,5

K+ : 3  
 K- : 0 } K : 3

Kan+ : 2  
 Kan- : 2 } Kan : 4

→ FC' : 1  
 → Fclob : 2

F : 1  
 F+ : 0  
 F- : 1

T. Appr : G D  
 TRI : 3 K / 0 Σ C'  
 F. Compl : 4 Kan / 0 Σ E  
 RC % : 25

F % : 12,5

A % : 62,5

H : 2

(H) : 1

Ban : 5

A : 1

(A) : 4

Éléments qualitatifs :

Choc au vide : VII

Persévération : 3

Critique objet : 1 (VII)

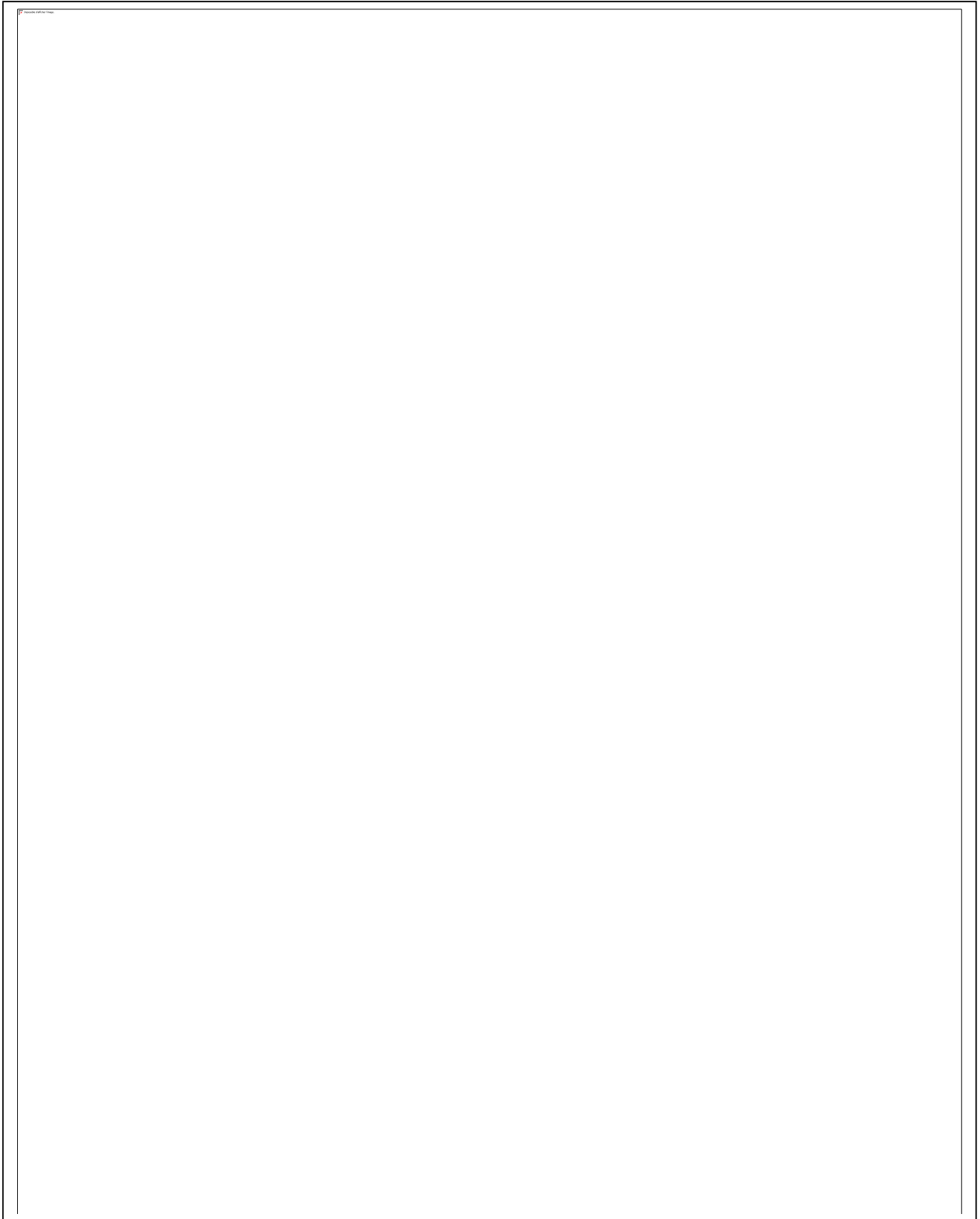
Retournements : 2 (IV & VI)

Il s'est montré très pressé au cours de la passation ; après 1 ou 3 planches, il dit : « Je peux partir ? ».

Succession : ordonnée

Choix+ : V & VIII

Choix- : VII & VI



**DONNEES DU 16 PF**

**KOUAKOU OSSEI – NTJAM MARIE CHANTALE**  
**SESPS – N° 02 DECEMBRE 2024**

**REVUE SCIENTIFIQUE  
SOCIÉTÉS, ÉDUCATION, SANTÉ ET  
PATHOLOGIES SOCIALES (SESPS)**

**Revue Semestrielle**

ISSN : 3006-3779 (en ligne)

**N° 02 - Décembre - 2024**

**Laboratoire d'Etudes et de Prévention en Psycho-Education**

**Ecole Normale Supérieure – Abidjan**

**[www.leppe.org](http://www.leppe.org) / [infos@leppe.org](mailto:infos@leppe.org)**

