

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET ÉDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION
ET INGÉNIERIE ÉDUCATIVE

DEPARTEMENT DE L'ÉDUCATION SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I

THE FACULTY OF EDUCATION

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL UNIT OF RESEARCH AND
TRAINING IN SCIENCES OF EDUCATION
AND EDUCATIONAL ENGINEERING

DEPARTMENT OF SPECIALIZED EDUCATION

VÉCU FAMILIAL ET DÉVELOPPEMENT DES COMPORTEMENTS ADDICTIFS CHEZ L'ADOLESCENT

Mémoire rédigé et présenté en vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sciences de l'Education

Filière : Education Spécialisée

Spécialité : Handicap Social et Conseil

Par :

ANANKIA Armand

Licencié en Psychologie

Matricule : 15X3515

Sous la direction de

Pr. MAYI Marc Bruno

Professeur Titulaire des Universités



Juin, 2023

SOMMAIRE

DEDICACE.....	III
REMERCIEMENTS.....	IV
RESUME.....	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE	4
CADRE THEORIQUE ET EMPIRIQUE	4
CHAPITRE I. PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	5
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	5
1.2. POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME.....	11
1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	15
1.4.2. Questions spécifiques.....	15
1.4. OBJECTIF DE L'ÉTUDE	16
1.4. LES HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE	17
1.5. LES INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE	18
1.6. DÉLIMITATIONS DE L'ÉTUDE.....	19
1.7. CLARIFICATIONS DES CONCEPTS.....	21
CHAPITRE 2 : ADDICTION, ADOLESCENCE ET SYSTÈME FAMILIAUX.....	30
2.1. L'ADDICTION : ÉTAT DES LIEUX	30
2.2. ADDICTION AVEC SUBSTANCE	46
2.3. ADDICTION COMPORTEMENTALE.....	49
2.4. L'ADOLESCENCE : PÉRIODE À RISQUE.....	53
2.3. MODÈLES FAMILIAUX SYSTÉMIQUES ET CONDUITES ADDICTIVES	54
CHAPITRE 3 : APPROCHES THEORIQUES DE LA RECHERCHE.....	66
3.1. LES DIFFÉRENTES APPROCHES DES ADDICTIONS	66
3. 3. THÉORIE GÉNÉRALE DES ADDICTIONS.....	73
DEUXIEME PARTIE.....	79
CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE	79
CHAPITRE 4. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	80
4.1. BREF RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE.....	80
4.2. SITE DE L'ETUDE	83
4.3. PROCEDURE ET CRITERES DE SELECTION DES PARTICIPANTS	86
4.4. TYPE DE RECHERCHE : RECHERCHE CLINIQUE	88
4.5. METHODE DE RECHERCHE : ÉTUDE DE CAS	89
4.6. CONDUITE DES ENTRETIENS : ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF.....	90
4.7. INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNEES : LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	91
4.8. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	92



4.9. TECHNIQUE D'ANALYSE DES ENTRETIENS : ANALYSE DE CONTENU	94
4.10. CONSIDERATIONS ETHIQUES	95
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	97
5.1. RESULTATS DE LA RECHERCHE.....	97
5.2. ANALYSE DES RÉSULTATS	103
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION.....	107
6.1. RAPPEL DES RÉSULTATS.....	107
6.2. BREF RAPPEL DES DONNÉS THÉORIQUES	108
6.3. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	111
6.4. DISCUSSION	115
6.5. PERSPECTIVE	117
CONCLUSION GENERALE	118
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	121
ANNEXES.....	139
TABLE DES MATIERES	152

A

*Ma grand-mère Manefocgo Marie
Ma maman Temgoua Jacqueline
toutes de regrettées mémoires.*

REMERCIEMENTS

Ce fastidieux travail de recherche doit tout son sens et toute sa valeur à un grand nombre de personnes à qui je témoigne toute ma reconnaissance. Je pense particulièrement à :

- Mon Directeur de mémoire, le professeur Mayi Marc Bruno qui, en dépit de ses grandes responsabilités, n'a ménagé aucun effort pour nous encadrer et nous suivre dans la réalisation de ce travail,
- Monsieur le Dr. Song Esaïe Frédéric, qui a été pour nous un guide infatigable,
- Ma chère et tendre épouse Nguefack Meguimza Christiane Dorice, pour son encouragement et son soutien multiforme,
- Mes enfants Anankia Nguefack Jessy Michèle, Anankia Demanou Zems Marlène, Temgoua Anankia Annabel qui ont été pour nous une grande source de motivation,
- Mes sœurs Djeufack Tsagmo Olive Flore, Djeufack Guimgo Iranienne, Demanou Tako Ingrid pour tout le soutien à nous apporter,
- La famille Nanfack Dominique pour tous les encouragements
- Ma tante Ngoufack Honorine pour la motivation,
- Mes beaux-parents maman Guemo Anne et papa Nguefack Gilbert pour les précieux conseils,
- Mes beaux-frères et belles-sœurs Nguefack Gabin, Nguefack Clémence, Nguefack Auguste et Tapouemo Gaspard Rodrigue pour leur soutien,
- Mes amis Fouendji Djetsa Florentin, Sonkoué Signing Jean Marie, Kamdem Martin, Fopa Tikun Albert, Konzeni Annie Flore, Tsemo Tagne Hermine Tsakem Ambroise, Kitio Fidèle pour tous les encouragements,
- La grande famille Tekou et à la famille Tsombeng qui nous ont beaucoup soutenus,
- Tous mes camarades et promotionnaires avec qui nous avons cheminé à conquête des savoirs ceci des années durant,
- Tous ceux et celles dont les noms n'ont pas été cités et ont tout de même contribué de façon efficace à la réalisation de ce travail, nous vous témoignons notre profonde gratitude.

RESUME

Ce mémoire répond à la question de savoir quel est le vécu des adolescents au sein de la famille qui permet de comprendre le développement des conduites addictives ? Le constat est que les processus familiaux sont communs aux différentes pathologies addictives ou spécifiques aux conduites d'abus ou de dépendance aux substances, ou bien aux troubles du comportement alimentaire. Ces résultats empiriques montrent l'existence de dysfonctionnements familiaux communs : on observe en particulier une perturbation de la régulation de la distance interpersonnelle familiale à la fois dans les troubles alimentaires et les dépendances aux substances. En effet, un haut niveau de dépendance interpersonnelle dans les liens familiaux et un profil similaire concernant les soins parentaux caractérisés par des comportements de rejet et de contrôle sont observés. De la même façon, les mesures du niveau de cohésion ou d'enchevêtrement intergénérationnel mettent en évidence une absence de proximité émotionnelle dans les liens familiaux chez les adolescents présentant des conduites addictives.

La réponse à cette question a donné lieu à l'hypothèse principale suivante : *De par les dérèglements familiaux, le vécu familial contribue au développement des comportements addictifs chez l'adolescent.*

Pour l'éprouver, nous avons rencontré 6 adolescents addicts au Centre la Vie (centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), avec lesquels nous avons fait les entretiens semi-directifs. Les informations collectées ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

Les résultats auxquels nous sommes parvenus montrent que les différentes crises familiales, la mondialisation et la globalisation des conduites ont engendré des changements structuraux des familles. Ces changements ont modifié les conditions d'existence et les rapports entre les jeunes et la famille. Nous parlons d'effritement ou d'un affaïssement de certains liens sociaux. La modification des conduites parentales a une influence sur les jeunes. Dès lors, l'insertion des adolescents passe par une certaine individualisation des parcours ce qui peut comporter certains avantages et certains inconvénients. Ainsi, la modification des modèles familiaux est à considérer dans le sens où les adolescents sont touchés par cette problématique.

Mots clés : famille, adolescent, dérèglement familial, conduite addictive,



ABSTRACT

This dissertation answers the question of how adolescents' experiences within the family help to understand the development of addictive behaviour. It found that family processes common to the various addictive pathologies or specific to substance abuse or dependence, or eating disorders. These empirical results show the existence of common family dysfunctions: in particular, there is a disturbance in the regulation of family interpersonal distance in both eating disorders and substance dependence. In fact, a high level of interpersonal dependence in family ties and a similar profile in parental care, characterised by rejection and control behaviours, were observed. Similarly, measures of the level of cohesion or intergenerational entanglement highlight a lack of emotional closeness in family ties among adolescents with addictive behaviours.

The answer to this question gave rise to the following main hypothesis: Family dysfunction contributes to the development of addictive behaviour in adolescents. In order to test this hypothesis, we met adolescent at the Centre la Vie (an addiction care, support and prevention center), with whom we conducted semi-structured interviews. The information gathered was subjected to a content analysis.

Our findings show that the various family crises, globalisation and globalisation of behaviour have led to structural changes in families. These changes have altered living conditions and the relationship between young people and the family. We are talking about the erosion or collapse of certain social ties. Changes in parental behaviour have an impact on young people. As a result, the integration of adolescents involves a degree of individualisation, which can have certain advantages and disadvantages. Changes in family models should be taken into account insofar as adolescents are affected by these issues.

Key words: family, teenager, family disruption, addictive behaviour,

INTRODUCTION GENERALE

L'adolescence est une période de transition, un passage entre l'enfance et l'âge adulte, où s'opèrent de profonds remaniements pour l'individu, tant sur le plan interne que sur le plan interpersonnel, car le jeune ressent divers changements, non seulement concernant son corps, mais aussi au niveau de ses réflexions, de sa vie sociale. Le jeune se construit dans le regard des autres ; c'est un moment clef de son existence et il a besoin des autres pour évoluer, grandir dans le dialogue et la confrontation. La famille a, en effet, un rôle essentiel à l'adolescence ainsi, le jeune a besoin de se sentir en sécurité, écouté, d'exister dans le regard de sa famille. Sa reconnaissance sociale a une grande importance dans la construction de soi. Le groupe familial assure une protection aux adolescents, aussi bien contre son entourage familial que contre lui-même, notamment contre l'angoisse existentielle réveillée par le choix d'objet sexuel. La famille est aussi un moyen pour lui de trouver des figures d'identification notamment par l'idéalisation d'un des membres du groupe familial ou d'une idéologie soutenue par celui-ci.

Ce passage à l'adolescence est vécu comme un moment diffus de vulnérabilité, d'inachèvement. Il se traduit par des moments intenses de découverte, de curiosité, d'immersion dans l'événement, mais en contrepoint il est propice à l'émergence commune de la dépression, de l'apathie, de tentatives de suicide chez les jeunes. L'adolescence constitue une période instable qui favorise l'apparition de comportements à risque chez les jeunes. La consommation de drogues, de l'alcool et du tabac, la pratique des jeux de hasard avec gage en font partie, et retiennent particulièrement l'attention de la recherche. Présent dans les sociétés depuis des siècles, la consommation des substances psychoactives et la pratique des jeux de hasard avec gage sont des phénomènes actuels dans de nombreuses civilisations et particulièrement au Cameroun. Si l'usage des psychotropes chez les adultes est perçu comme problématique aux yeux des membres de la société depuis le XIXe siècle, il en est de même, aujourd'hui, pour la consommation des substances psychoactives par les jeunes générations.

Les conduites addictives chez les adolescents sont une préoccupation dominante à la fois des instances gouvernementales, en raison des divers coûts qu'elle engendre pour la société (arrestation, thérapie, etc.), et des intervenants de la société éducative, puisque les usagers de ces substances présentent des situations de vie de plus en plus complexes et éprouvent des difficultés sur les plans personnel, familial, social et surtout scolaire. Lorsque nous portons notre attention sur la famille dans l'avènement des conduites addictives chez l'adolescent, que l'existence de modes d'interactions familiaux communs aux différentes formes de conduites addictives en particulier au niveau d'un faible sentiment de cohésion,

d'un enchevêtrement générationnel, d'un haut niveau de contrôle. La sévérité de ces modes d'interactions pourrait constituer un facteur familial de risque et d'aggravation des conduites. L'existence de patterns d'interactions dysfonctionnels communs privilégie une approche dimensionnelle de la famille évaluée en termes de facteur de risque et de protection à une vision catégorielle et typologique défendant par exemple l'hypothèse étiologique d'une famille anorexigène. D'où le problème porte sur les dérèglements familiaux favorisent chez l'adolescent une régression contribuant ainsi au développement des comportements addictifs. De ce problème il en découle une question principale de recherche ainsi qu'il suit : en quoi le vécu familial entraîne-t-il le développement des comportements addictifs ? L'objectif de cette étude est de comprendre et d'expliquer la similarité de certains dérèglements familiaux entre les comportements addictifs et d'un lien déterministe entre comportements addictifs et environnement familial. Pour atteindre ces objectifs, nous avons opté pour une recherche qualitative, notre échantillon d'étude est composé de 6 adolescents âgé de 15 à 22 ans, soit 3 garçons et 3 filles. Pour le constituer nous avons recouru à la technique d'échantillonnage à choix raisonné. Les informations ont été collectées via l'entretien semi-directif. Les résultats auxquels nous sommes parvenus montrent que les différentes crises familiales, la mondialisation et la globalisation des conduites ont engendré des changements structuraux des familles. Ces changements ont modifié les conditions d'existence et les rapports entre les jeunes et la famille. Nous parlons d'effritement ou d'un affaïssement de certains liens sociaux. La modification des conduits parentales impact sur les jeunes. Dès lors, l'insertion des adolescents passe par une certaine individualisation des parcours ce qui peut comporter certains avantages et certains inconvénients. Ainsi, la modification des modèles familiaux est à considérer dans le sens où les adolescents sont touchés par cette problématique.

Notre travail s'articule autour de deux grandes parties ayant chacune trois chapitres. La première partie est désignée cadre théorique. Elle comprend la problématique, la revue de la littérature et l'insertion théorique. La deuxième partie est intitulée cadre méthodologique et opératoire. Elle comprend la méthodologie, la présentation des résultats et enfin l'interprétation et la discussion des résultats.

PREMIERE PARTIE
CADRE THEORIQUE ET EMPIRIQUE

CHAPITRE I. PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre qui est par ailleurs le premier de cette étude, il sera question pour nous d'aborder les éléments de la problématisation de la situation qui a retenu notre attention et que nous avons opté d'étudier. Concrètement, il sera question pour nous de présenter les éléments du contexte de l'étude, de formuler le problème, la question, l'hypothèse et l'objectif de recherche. Suite à ce travail de conceptualisation de l'étude, nous allons présenter les intérêts et les limites de l'étude.

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

L'encadrement de la jeunesse est au cœur de toute politique de construction durable d'une communauté humaine, que ce soit à l'échelle des Etats, des communautés sociologiques, des institutions socio-économiques, et des familles. Il s'en suit que divers mécanismes sont mis en œuvre à différents niveaux et par différents acteurs, visant à accompagner les jeunes tout au long des étapes de leur développement psychosomatique et social. S'il existe une telle diversité d'approches et de profils de suivi-encadrement des jeunes, c'est que les perturbations auxquelles ces derniers sont exposés tout au long de leur développement physiologique et psychologique sont multiples et tout aussi diversifiées.

L'évolution du terme d'addiction au concept d'addiction sans drogue pose l'existence d'un rapport étroit entre dépendance aux substances psychoactives et anorexie mentale, et ce en dépit de certaines différences symptomatiques. Au-delà d'une parenté nosographique, le regroupement des différentes conduites addictives pose la question des facteurs communs favorisant l'apparition de ces comportements. Parmi l'ensemble des facteurs explicatifs du développement des conduites addictives, facteurs biologiques, psychologiques, familiaux et socioculturels (Le Moal, 2006), la contribution des facteurs familiaux est généralement reconnue sans que l'influence spécifique de ces facteurs ne soit clairement démontrée (Emanuelli et al., 2004). Les recherches sur les facteurs familiaux de vulnérabilité et de chronicisation constituent un enjeu majeur dans la mesure où elles interrogent les ajustements réciproques entre le sujet et son environnement familial et permettent de préciser les interventions préventives et thérapeutiques à mettre en place.

La famille est un « phénomène universel » (vallon, 2006) répandu chez les humains depuis des milliers d'années. On trouve différents types de familles et de parenté selon

les cultures et les pays : il existe des systèmes monogames dans des sociétés très primitives comme dans des sociétés complexes, mais également des organisations polygames.

En Inde ou au Tibet par exemple, les femmes ont plusieurs hommes nous pouvons parler de polyandrie, le mari étant souvent absent de par son travail, la femme choisit un frère pour assurer la stabilité et la sécurité de la famille. Le frère endosse alors le rôle de chef de famille et de figure d'autorité : nous observons dans ce cas une organisation de la parentalité différente. Les géniteurs ne sont donc pas forcément ceux qui élèvent les enfants : il y a une séparation entre le fait de procréer et la parentalité.

Malgré cette variété de parentalité, nous remarquons une présence quasi universelle de l'idée de la famille.

Dans les sociétés occidentales, la famille qui rassemble ceux vivant sous un même toit, est défini par Osterrieth (1963) comme « le groupe fondamental » c'est-à-dire le groupe père-mère-enfant(s). Ensuite il y a la famille au sens plus global du terme qui prend en compte les grands parents, oncles, tantes, cousins etc.

De nos jours, nous observons un éclatement de la bulle familiale classique : la séparation du couple conjugal est devenue quelque chose que l'on pourrait qualifier de fréquent. Cela implique donc des remaniements et de nouveaux types de familles qui émergent : familles monoparentales, familles recomposées et familles homoparentales. Pour exemple, en France actuellement deux millions d'enfants (Marcelli & Cohen, 2006) ne vivent plus avec leurs deux parents géniteurs et cela augmente de plus en plus.

Il est donc important de prendre en compte l'évolution de la société, et le fait que 20% des familles ne répondent plus au schéma classique du couple qui élève ses enfants et eux seulement. Ainsi, les enfants issus de familles recomposés, monoparentales ou homoparentales vont se construire différemment, et chercher d'autres modèles d'identification.

Finalement l'essentiel sera la qualité de présence des personnes qui vivront auprès de l'enfant, et la manière dont ils vont l'accompagner, l'initier, le soutenir, lui apporter les repères fondamentaux dont il a besoin dans son développement psychomoteur, affectif, cognitif et dans son ouverture au monde.

Par le fait d'aborder ces changements et ces variations, nous cherchons à mettre en avant ce qu'il y a de commun entre les différentes cultures et entre les types de structures familiales : l'idée de la cellule familiale avec des personnes investies et présentes auprès de l'enfant.

L'entourage de l'adolescent, au quotidien, va poser un certain regard sur lui dont vont s'imprégner son estime de lui-même et également la manière dont il va se vivre, se ressentir, investir son corps qui change, sa sexualité naissante, ses désirs etc. Parallèlement à la prime enfance où le bébé se reconnaît dans ce que lui renvoie le visage de sa mère, à l'adolescence des choses similaires se rejouent. La personnalité encore en construction de l'adolescent s'appuie sur son milieu familial, s'y nourrit. La position adoptée par l'environnement à cette période est donc importante à prendre en compte dans la manière dont va se dérouler l'adolescence du sujet et de sa famille. Malgré l'impact de l'adolescence sur la famille, le sujet a besoin de sentir la permanence de son environnement dans le changement.

Le rôle de l'environnement est également de poser des limites et un cadre à l'adolescent pour que celui-ci puisse s'en servir de repère, l'intégrer et également qu'il se sente contenu dans ce moment de fragilité où il ne sait plus trop qui il est. Il nous semble important de préciser que plus le cadre posé ne sera fiable et souple, plus l'adolescent ne se sentira pas protégé, tout en pouvant s'affirmer et sans être non plus réprimé. Potel (2010) rappelle le fait qu'une attitude parentale trop rigide est inadaptée mais une attitude « trop complice nuit à la possibilité de prendre appui » également. Points d'appuis dont nous avons vu précédemment l'importance.

A l'adolescence, le corps a une place centrale. Nous nous sommes intéressés au fait que l'investissement corporel à l'adolescence permettait au sujet non seulement une certaine maîtrise mais aussi, un moyen d'affirmer sa différence et son identité propre par rapport aux adultes. Chez l'adolescent en souffrance, le corps et les actes vont être souvent les seuls moyens de communication d'un mal-être indicible. Les comportements du jeune, ses réactions sont autant de signes d'appel à l'entourage. L'adolescent recherche inconsciemment chez les adultes un accueil, une écoute et une compréhension de ses états psychiques qui se manifestent par le corps. Selon Jeammet et Bochereau (2007), les parents doivent donc y être attentifs.

Certains jeunes peuvent s'enfoncer dans des comportements ou des conduites sans forcément en avoir conscience. Il est important de faire la différence entre une grande émotivité et des changements d'habitudes brutaux. Dans le premier cas, nous pouvons identifier rapidement les origines de ces changements d'humeur alors que le changement brutal se fait sans raison apparente et se fixe dans le temps. Il est le signe que quelque chose ne va pas dans la vie de l'adolescent. Pour exemple, nous pouvons évoquer ce que Pommereau (2009) nomme « l'idéation suicidaire » qu'il qualifie comme résultant d'une « concentration d'idées noires ». Celle-ci induit une cristallisation de la souffrance déjà présente et peut-être en ce sens un facteur déclenchant d'un passage à l'acte.

Cependant il n'est pas évident pour la famille de savoir si tout cela est dû à la période de l'adolescence ou si c'est dangereux pour le sujet car la frontière est mince entre le normal et le pathologique à cette période. Toutes ces manifestations signent donc une demande d'attention de la part de l'adolescent et une souffrance sous-jacente. Mais comment les signes qu'envoie l'adolescent vont être interprétés par la famille ? Pourrait-elle accueillir les révélations de l'adolescent qui pourraient causer l'effondrement d'un équilibre déjà précaire ?

En effet, l'inadéquation des réponses de l'environnement proche du sujet conduit le plus souvent à une aggravation et une augmentation de la puissance des manifestations.

La souffrance de l'adolescent peut être telle que lorsque les signaux envoyés à l'entourage ne sont pas entendus ou pris en compte, il ne trouve plus d'autres solutions que de passer à l'acte. Selon Jeammet (2010), le facteur de risque est la conduite elle-même, c'est-à-dire que lorsque l'adolescent a trouvé cette voie de décharge, il aura tendance à la réutiliser. Pommereau (2009) nous dit en ce sens qu'un suicidant sur deux récidive dans l'année. Et c'est justement la répétition qui va en faire une conduite « symptôme » et compulsive.

Il s'agit entre autres des conduites addictives, elles nous semblent importantes à mettre en avant surtout en lien avec le propos de (Jeammet & Bochereau, 2007). Ils en donnent la définition suivante : « elles se caractérisent par la consommation répétitive d'un produit ou le recours tout aussi répétitif à une conduite ou à un comportement, qui vont en augmentant et en s'aggravant et finissent par avoir des conséquences sur la personne, sa santé et/ou son psychisme ». Ces conduites ne sont donc plus réduites seulement à l'alcoolisme ou la consommation de toxiques, mais prennent en compte l'addiction aux jeux

vidéo à une idéologie ou encore, et surtout aux conduites à risques. Par contre, il est important de rappeler que les conséquences ne seront pas les mêmes.

Il faut par ailleurs faire la différence entre le terme de dépendance et celui d'addiction. La dépendance « est l'état psychique (et également physique) résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un objet externe, et qui comprend toujours une pulsion à utiliser cet objet externe afin de retrouver ses effets psychiques » (Pretot, 2002) . Dans la continuité, l'addiction est une conduite de dépendance compulsive.

Les conduites addictives à l'adolescence sont fréquentes étant donné la problématique centrale de cette période que nous avons étudié précédemment : la séparation symbolique d'avec les parents ou « premiers objets d'amour ». Au travers de ces conduites, l'adolescent qui n'a pas les bases narcissiques et psychiques suffisantes pour s'engager en tant que sujet à part entière dans le monde adulte déplace sa dépendance – sous entendue à la relation affective entretenue avec ses parents sur un objet extérieur qui joue le rôle de substitution.

Ces conduites sont aussi très attrayantes car elles induisent un sentiment de bien-être, de complétude qui rappelle la symbiose de la prime enfance, période durant laquelle l'environnement satisfait tous les besoins du nourrisson. Elles permettent aussi de « rompre avec une réalité jugée insupportable » (Pommereau, 2009, 116). Les jeunes se retrouvent autour d'un désir commun d'oublier et de sortir de la réalité. Ces conduites manifestent une souffrance bien réelle que nous ne devons pas banaliser bien qu'à l'adolescence, elles puissent passer plus ou moins inaperçues aux yeux des parents.

En effet, Marcelli et Braconnier (2008) nous exposent trois contextes différents concernant la consommation à l'adolescence. Chez les pré-adolescents, collégiens, nous pouvons retrouver des consommations d'alcool et de drogue ponctuelles mais importantes qui vont aller dans le sens d'une intégration au niveau du groupe de pairs. Par contre, dans les années lycées, la dépendance s'inscrit de plus en plus, les adolescents deviennent difficilement abordables et restreignent progressivement leurs champs de rencontre à des jeunes ayant des situations similaires. Pour terminer, les auteurs considèrent les adolescents plus âgés ayant recours à ces conduites comme complètement addicts de manière massive et quotidienne, et en lien exclusif avec des pairs dépendants. Leurs parents se sentent généralement débordés et impuissants.

Marcelli et Braconnier (2008) distinguent « de façon en partie schématique [...] trois types de position en fonction des auteurs » sous-entendus différents degrés dans le désaccordage familial.

- Une première où l'entrée dans la période de l'adolescence et donc l'opposition du sujet serait la cause « des conflits relationnels entre parents et adolescents ».
- Une deuxième où lorsque les conflits sont plus intenses, certains auteurs s'accordent à dire que « les conflits adolescents-parents témoignent [...] aussi bien des difficultés de l'adolescent à assumer sa croissance et son autonomisation que de difficultés chez les parents à surmonter ce qui a été appelé " la crise du milieu de la vie" ou la "crise parentale" ».
- Une troisième où les auteurs estiment que « les conduites déviantes de l'adolescent résultent en grande partie des attitudes pathologiques parentales ».

Ces désaccords mettent avant des facteurs familiaux qui se positionnent comme moteur de développement des comportements addictifs.

Parmi les facteurs familiaux, les troubles de la régulation de la distance interpersonnelle et l'inhibition des processus d'autonomisation sont souvent évoqués à la fois chez les individus présentant soit des troubles des conduites alimentaires (Smolak & Levine, 1993 ; Wechselblatt et al. 2000), soit des comportements de dépendance aux substances (Lee & Bell, 2003 ; Miles et al. 1998). On a classiquement pensé que ces dérèglements familiaux constitueraient un processus commun aux différentes pathologies addictives et interviendraient à la fois au niveau des modèles éducatifs parentaux et au niveau de la forme ou de la qualité des interactions (Bowen, 1978).

Dans ce cadre, différents modèles cliniques d'orientation systémique ont tenté de décrire ces pathologies addictives comme des phénomènes émergeant de l'organisation familiale en mettant l'accent soit sur les échanges émotionnels et les processus de différenciation familiale (Bowen, 1978 ; Kerr & Bowen, 1988), soit sur la structure et le niveau de cohésion familiale (Minuchin et al. 1978 ; Minuchin & Fishman, 1981). Ces modèles constituent, encore aujourd'hui, des valeurs de référence dans la compréhension des processus familiaux et le travail thérapeutique auprès des familles. Cependant, le développement des recherches intégrant différents niveaux épistémologiques et méthodologiques a conduit à des résultats contradictoires concernant les différentes formes de dérèglements familiaux dans les conduites addictives et ainsi à la remise en question des modèles classiques.

1.2. POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME

Chez le jeune adolescent, les conduites addictives sont souvent un refuge, une réponse face à une situation familiale ou personnelle difficile. Les pratiques parentales en termes d'écoute et de supervision sont à cet égard déterminantes. En effet, un climat familial favorable (bonne entente entre parents et adolescents, connaissance qu'ont les parents de l'entourage et des activités de leurs enfants) est associé à une probabilité plus faible d'usage problématique de produits psychoactifs ou de problèmes de jeu vidéo/Internet et de jeux de hasard et d'argent.

L'existence de troubles parentaux psychiatriques ou addictifs constitue un facteur de vulnérabilité. Les consommations de substances psychoactives (tabac, alcool) et les pratiques des jeux de hasard et d'argent des adolescents sont associées à celles des parents : les enfants de fumeurs sont 2 fois plus souvent eux-mêmes fumeurs, les enfants de consommateurs excessifs d'alcool sont 2 fois plus souvent eux-mêmes consommateurs réguliers d'alcool. Il en est de même au sujet de la pratique des jeux de hasard et d'argent. L'initiation se fait le plus souvent dans le premier cercle familial, et avoir des parents joueurs, a fortiori pathologiques, est un facteur de risque de troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent. Les habitudes de jeu s'acquièrent d'autant plus que le regard porté sur la pratique par les parents est tolérant, voire bienveillant.

La transmission intergénérationnelle des conduites addictives est particulièrement forte chez les jeunes qui ont des problèmes de comportement ou en cas de difficultés socioéconomiques de la famille. La transmission intergénérationnelle des conduites addictives est diminuée quand les jeunes montrent une bonne capacité à se contrôler, n'ont pas de difficultés psychologiques, ou reçoivent du soutien de la part de leur entourage.

Enfin, s'il est admis que les facteurs environnementaux influencent l'initiation de la consommation de substances psychoactives, il faut souligner l'importance des facteurs génétiques dans le risque de dépendance. Selon les études d'agrégation familiale, une part non négligeable du risque de développer une addiction serait attribuable à des facteurs génétiques, parmi lesquels de nombreux gènes candidats ont été identifiés en fonction des produits.

Les conduites addictives peuvent être transmises entre les générations, à des degrés qui varient en fonction du produit et des caractéristiques de consommation des parents et des descendants (dans la fratrie), mais aussi en fonction du niveau économique et social. La

composition familiale et surtout le fonctionnement familial sont aussi en jeu, notamment l'entente parents-enfant, et l'entente des parents entre eux.

Les adolescents dont les parents sont consommateurs de tabac ont un risque 2 à 3 fois plus élevé de l'expérimenter de façon précoce et de devenir fumeurs réguliers, surtout si le parent fumeur est la mère ou si les deux parents fument. Toutefois, les enfants d'ex-fumeurs c'est-à-dire de personnes qui diminuent ou arrêtent leur consommation de tabac même après la naissance de l'enfant ont des niveaux de tabagisme comparables à ceux des enfants de non-fumeurs (Gilman et coll., 2009 ; Melchior et coll., 2010 ; Scherrer et coll., 2012). De façon similaire, les jeunes dont les parents ont une forte consommation d'alcool ont 2 à 3 fois plus souvent une consommation excessive d'alcool (Nurnberger, et coll., 2004).

Les études concernant la transmission intergénérationnelle des consommations de cannabis, et en particulier des consommations excessives, sont plus rares. Elles suggèrent que par rapport aux jeunes dont les parents ne consomment pas de cannabis, ceux dont les parents en consomment ont un risque de dépendance au cannabis deux fois plus élevé (Marmorstein et coll., 2012). Les enfants de parents qui sont dépendants à d'autres drogues illicites ont eux aussi une probabilité plus élevée d'être dépendants à partir de l'adolescence (Delaney-Black et coll., 2011), mais les données dans ce domaine sont très rares. Aucune n'est disponible pour la France.

Les mécanismes invoqués pour expliquer la transmission intergénérationnelle sont :

- une plus grande accessibilité des produits psychoactifs lorsqu'ils sont consommés au sein de la famille (Woodruff et coll., 2003) ;
- des facteurs psychologiques (imitation du comportement parental et perception positive des produits psychoactifs utilisés par les parents : Schuck et coll., 2012 ; Mercken et coll., 2013) ;
- les caractéristiques des relations parent-enfant. En particulier, les jeunes issus de familles séparées/divorcées, et qui sont peu supervisés par leurs parents, ou qui ont de mauvaises relations avec leurs parents et ceux dont les parents tolèrent la consommation de produits psychoactifs, ont des niveaux de consommation plus élevés (Fagan et coll., 2005 ; Sartor et coll., 2007 ; Surkan et coll., 2012 ; Mercken et coll., 2013).

Les effets de ces différents aspects de l'environnement familial sur le comportement des jeunes pourraient se cumuler, c'est-à-dire que les jeunes dont les familles connaissent

plusieurs types de difficultés simultanément pourraient avoir les risques les plus élevés de consommer du tabac, de l'alcool, ou du cannabis (Sakyi et coll., 2012 ; Surkan et coll., 2012). Il semble important de souligner que les attitudes des parents ainsi que celles d'autres adultes de l'entourage (enseignants, parents d'amis) vis-à-vis des consommations de produits des adolescents, peuvent influencer sur les trajectoires de consommations (Christakis & Fowler, 2008 ; Guo et coll., 2011).

La transmission intergénérationnelle des addictions traduit en partie l'influence de facteurs biologiques. Ceux-ci incluent certainement des composantes génétiques : l'héritabilité des addictions c'est-à-dire la proportion de la probabilité des conduites addictives attribuable à des facteurs génétiques est estimée à environ 50 % même si les facteurs génétiques identifiés à ce jour n'expliquent qu'une faible partie du risque (Agrawal & Lynskey, 2008), en particulier pour le cannabis (Verweij et coll., 2012). Dans la plupart des cas, les facteurs biologiques n'agissent probablement pas de façon directe mais en lien avec des facteurs non-biologiques, dits « environnementaux », soit par des interactions gènes-environnement ou des mécanismes épigénétiques (Hertzman, 2013). Ces éléments ne semblent toutefois pas de nature à expliquer à eux-seuls la diffusion des usages non problématiques des produits d'une génération à l'autre.

Par ailleurs, l'exposition aux produits psychoactifs in utero induit un retard de croissance physique et cognitif qui peut se manifester par des difficultés de comportement dès l'enfance et favoriser le développement de conduites addictives à partir de l'adolescence. Les jeunes qui ont des difficultés de comportement (trouble des conduites, hyperactivité/inattention) ont des niveaux de consommation de produits psychoactifs particulièrement élevés et souvent plus précoces que la moyenne, reflétant dans certains cas l'influence d'une exposition in utero (Hellstrom-Lindahl & Nordberg, 2002 ; D'Onofrio et coll., 2012 ; Lebel et coll., 2012). De façon générale, la précocité d'usage est un facteur prédictif et de gravité important. À l'appui de ce constat, on trouve des éléments neurobiologiques mais aussi des résultats d'études transversales et longitudinales montrant que les jeunes consommant des produits psychoactifs de manière précoce présentent des risques plus élevés de basculer dans des usages dommageables et de connaître des difficultés scolaires, professionnelles et sociales ultérieures.

La transmission intergénérationnelle des conduites addictives peut varier en fonction d'autres facteurs. Ainsi, l'influence des comportements parentaux pourrait être particulièrement importante chez les jeunes qui apparaissent enclins aux conduites à risque,

c'est-à-dire ceux qui ont un tempérament désinhibé (difficulté à se contrôler, prises de risque...) ou des comportements agressifs envers leur entourage (des symptômes externalisés...) (Iacono et coll., 1999 ; Fagan et coll., 2009 ; Delaney-Black et coll., 2011), ou encore en cas de difficultés socioéconomiques, du fait d'un cumul de difficultés sociales et familiales, d'interactions gènes-environnement ou par l'intermédiaire de mécanismes épigénétiques (Agrawal & Lynskey, 2008 ; Lagou et coll., 2011 ; Melchior et coll., 2011 ; Laucht et coll., 2012). De façon similaire, les personnes qui ont une situation sociale défavorable sont particulièrement vulnérables aux effets négatifs de l'environnement macrosocial, c'est-à-dire des difficultés économiques structurelles. Par exemple, les personnes appartenant aux groupes sociaux les plus défavorisés semblent particulièrement susceptibles d'augmenter leurs niveaux de consommation de tabac ou d'alcool en cas de dégradation du marché de l'emploi ou de crise financière et économique (Henkel, 2011). La situation sociale des jeunes n'étant pas indépendante de celle de leurs parents, ces processus se conjuguent pour aboutir à une accumulation de facteurs de risque, de difficultés socioéconomiques et de conduites addictives au sein de sous-groupes spécifiques de la population, contribuant ainsi à la reproduction des inégalités sociales dans ce domaine entre les générations.

À l'inverse, tous les enfants de parents fumeurs ou alcoolo-dépendants n'adoptent pas les mêmes comportements, et il existe des facteurs « protecteurs » ou de résilience. Ainsi, parmi les jeunes qui ont des antécédents parentaux de conduites addictives, ceux qui se montrent capables de contrôler leur comportement (Pearson et coll., 2011 ; Weiland et coll., 2012), qui n'ont pas de difficultés psychologiques (Wills et coll., 2001 et 2008 ; Hodder et coll., 2011) et qui reçoivent du soutien social de la part de leur entourage (Arpawong et coll., 2010), ont des niveaux de conduites addictives plus faibles qu'attendu. Il faut toutefois souligner que les facteurs individuels et collectifs pouvant réduire la transmission intergénérationnelle des conduites addictives sont encore assez mal connus.

Selon la théorie générale des addictions, l'effet de conditions physiologiques et psychologiques aversives chez un individu le vulnérabilise à développer une dépendance. Soit présenté un niveau d'activation physiologique anormal (trop faible ou trop élevé) se traduisant par la présence d'hyperactivité ou de dépression ; soit avoir un profil psychologique vulnérable se traduisant par une perception négative de soi-même ou un sentiment d'inadéquation. Ainsi, lorsqu'un individu présente ces vulnérabilités et que son environnement est favorable au développement d'une dépendance, il est considéré à risque (Jacobs, 1986). Le choix du comportement (ou de la substance) qui sera l'objet de la dépendance est tributaire de

sa capacité à combler le besoin d'évasion (ou besoin dissociatif) éprouvé par l'individu en réaction à une souffrance chronique générée par les prédispositions physiques et psychologiques. Les dérèglements familiaux favorisent chez l'adolescent une régression contribuant ainsi au développement des comportements addictifs.

1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE

Dans notre étude, nous aurons deux types de questions de recherche : une question principale et des questions secondaires.

1.3.1. Question principale de la recherche

La question principale nous permet de cerner notre étude, de l'orienter et d'organiser nos idées afin de réaliser nos objectifs. Son but est d'opérationnaliser le thème de notre recherche en vue d'une meilleure compréhension.

L'adolescence est une période de grande vulnérabilité. Si les adolescents dans leur majorité disent ne pas la vivre comme une crise, il est possible de remarquer d'importantes dépressions adolescentes pouvant conduire au développement de conduites addictives. L'extériorité des difficultés que rencontre l'adolescent est nécessaire et se trouve dans l'intégrité des différents aspects de sa personnalité, et donc dans la construction de son identité personnelle. C'est à cette fonction que peut être destinée l'engagement de l'adolescent dans des comportements déviants. Aussi, du problème de recherche ainsi énoncé découle la question de recherche suivante : *en quoi le vécu familial entraîne-t-il le développement des comportements addictifs.*

Toutefois cette question ne pouvant être directement vérifiée, il importe de voir les questions secondaires qu'elle peut générer.

1.4.2. Questions spécifiques

Les questions secondaires sont la décomposition de la question principale. Dans cette étude, nous en avons formulé trois (03) qui sont :

QS₁ : En quoi le défaut d'acquisition de la différenciation de soi par l'individu dans son contexte émotionnel familial constituerait un déterminant au développement des pathologies addictives chez l'adolescent ?

QS₂ : En quoi le rôle des situations de rupture familiale précoce et de divorce constituerait un déterminant dans le développement des conduites d'abus et de dépendance aux drogues ou à l'alcool chez l'adolescent ?

QS₃ : En quoi le rôle majeur des conflits familiaux est un déterminant dans l'évolution des dépendances ?

1.4. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Ce titre est consacré à la présentation des objectifs de notre étude. En général, l'objectif est une communication d'intention qui décrit ce que l'on se propose d'atteindre et de réaliser à la fin d'une étude. Pour Grawitz (2001, p. 481), préciser l'objectif d'une recherche c'est «déterminer ce que l'on veut décrire ou mesurer, définir ce que l'on retient, mais aussi écarter un certain nombre de problèmes c'est-à-dire assigner les limites à l'enquête . Dans le cadre de notre étude nous avons deux types d'objectifs : l'objectif général et les objectifs spécifiques » (Grawitz ; 2001, p. 481). Dans cette perspective, l'objectif d'une étude se comprend comme ce que l'on se propose d'atteindre, en précisant la démarche utilisée pour démontrer un phénomène. C'est une contribution que les chercheurs espèrent apporter à un champ de recherche en validant ou en invalidant une hypothèse. En effet, notre étude revêt deux types d'objectifs: un objectif général et des objectifs secondaires.

1.4.1. Objectif général

L'objectif de cette étude est de comprendre et d'expliquer la similarité de certains dérèglements familiaux entre les comportements addictifs et d'un lien déterministe entre comportements addictifs et environnement familial.

1.4.2. Les Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques apparaissent comme étant les éléments à partir desquels nous allons pouvoir atteindre nos objectifs généraux. Dans cette étude, nous voulons :

OS₁ : Montrer que les processus de différenciation soi et les échanges émotionnels familiaux correspondent à la capacité d'une personne à se séparer physiquement et émotionnellement de sa famille d'origine et influe directement sur les comportements émotionnels et relationnels de l'individu.

OS₂ : Montrer que l'impact délétère des ruptures familiales serait majoré par la qualité des relations familiales telle qu'un support parental déficient, une discipline parentale permissive, des situations familiales conflictuelles et l'existence de pathologies addictives parentales.

OS₃ : Montrer que l'existence de situations familiales conflictuelles sont des facteurs prédictifs du risque de dépendance à l'alcool ou aux drogues à l'adolescence et influencent la qualité de vie à l'adolescence

En guise de réponse à cette question de recherche, nous nous sommes attelés à formuler une hypothèse heuristique. Elle a valeur d'idée directrice de la présente étude.

1.4. LES HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE

On peut dire que l'hypothèse générale est la réponse à la question principale. Il s'agit ici de proposer les solutions pour corriger la difficulté soulevée dans la problématique. En fait, il s'agit d'envisager des réponses aux questions de notre inquiétude, de notre constat. C'est dans ce sens que s'inscrit Grawitz lorsqu'elle soutient que :

L'hypothèse est une proposition de réponse à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre des faits significatifs. Même plus ou moins précise, elle aide à sélectionner des faits observés. Ceux-ci rassemblés ; elle permet de les interpréter, de leur donner une signification qui, vérifiée, constituera un élément possible de début de théorie (Grawitz 2001, p.398).

Pris dans ce sens, une hypothèse est donc une affirmation provisoire concernant la relation supposée entre deux ou plusieurs variables et qui, après l'expérimentation peut être confirmée ou infirmée. Nous avons émis une hypothèse générale et plusieurs autres hypothèses opérationnelles.

1.4.1. Hypothèse générale

L'hypothèse générale est une réponse directe qui résulte de la question de recherche et qui met en relation deux types de variables. Perçue comme le fil conducteur, c'est elle qui guidera notre réflexion tout au long de ce travail. Aussi, dans cette recherche, notre hypothèse est formulée de la manière suivante : *De par les dérèglements familiaux, le vécu familial contribue au développement des comportements addictifs chez l'adolescent.*

1.4.2. Hypothèses spécifiques

Partant du postulat que l'hypothèse de recherche est une supposition qui est avancée pour guider une investigation, sa formulation évoque les éléments mesurables et manipulables dans l'expérimentation. Ces hypothèses de recherche nous permettront de mener à bien cette recherche plus qu'elles sont plus concrètes et sont des propositions de réponses aux aspects particuliers de l'hypothèse générale. Ainsi nous avons formulé nos hypothèses secondaires qui sont :

HS₁ : Les adolescents ayant des comportements addictifs présenteraient un faible degré de différenciation de soi et des difficultés à se séparer émotionnellement de leur famille d'origine.

HS₂ : Les adolescents vivants dans les familles composées des deux parents auraient un risque moins élevé de développer des conduites d'abus et de dépendance aux substances que les adolescents vivant dans des familles monoparentales ou dans des familles recomposées.

HS₃ : La mésentente familiale, favorise le développement des conduites de dépendance à l'alcool et aux drogues, et influence l'évolution de la dépendance ou le risque de rechute chez l'adolescent.

1.5. LES INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE

Dégager l'intérêt de l'étude consiste à préciser en quoi ce travail est important et quelle solution il doit apporter au problème posé. En clair, il s'agit de déterminer la contribution du travail dans le domaine scientifique d'une part et sur les principaux bénéficiaires et utilisateurs d'autre part. Vue sous cette perspective, cette étude revêt d'un double intérêt: scientifique et social qui rend compte de sa pertinence.

1.5.1. L'intérêt scientifique

Plusieurs chercheurs s'entendent sur le fait qu'il faut entrevoir l'usage de psychotropes sous un angle. Ils proposent de se distancier des méthodes quantitatives qui, bien qu'essentielles, ne considèrent que quelques dimensions à la fois et tendent à omettre l'influence des cognitions et des émotions entretenues par les individus. De ce fait, l'actuelle recherche tente de prolonger les connaissances scientifiques sur le sujet, et ce, en adoptant une perspective différente, plus constructiviste. Une telle vision permet de mieux cerner les

conditions et les processus qui favorisent l'émergence des comportements addictifs en lien avec la famille.

1.5.2. L'intérêt social

En tant que premier pôle par excellence de socialisation de l'enfant, la famille se doit d'assurer une éducation de qualité à ce dernier. Cette éducation se caractérise par l'intégration de ses membres, des comportements responsables, voire éducatifs devant faciliter un bon développement cognitif, affectif et psychomoteur de l'enfant, car chaque geste de notre vie sociale est un élément du patrimoine que nous léguons à notre progéniture.

La pertinence sociale de notre étude réside dans le fait que cette problématique trouve un écho important sur les plans individuel, familial et social. Par exemple, sur le plan social, la répression scolaire des diverses formes de déviance condamne souvent les jeunes à la marge de la société. Par ailleurs, plusieurs problèmes peuvent découler de dérèglements familiaux, comme la dépendance aux produits, l'augmentation des risques de contracter une infection transmise sexuellement et par le sang, ainsi que le décrochage scolaire, pour ne nommer que ceux-ci. Bref, la situation des consommateurs devient complexe et demande un travail approfondi.

1.6. DÉLIMITATIONS DE L'ÉTUDE

Délimiter notre étude consiste à préciser ses bornes sur les plans thématiques en lien avec la spécialité, théorique, spatio-temporel, et matérielle pour permettre une bonne compréhension de notre thème.

1.6.1. Au plan thématique

Cette étude porte sur le vécu familial et le développement des comportements addictifs chez l'adolescent. Il renvoie aux types de peur qu'un adolescent puisse avoir dans un groupe des pairs, déterminant la consommation des substances psycho actives, plus précisément la drogue, le tabac, l'alcool, la pratique des jeux de hasard avec gage, en l'occurrence le jeu de cartes et de bouteilles et d'argent. Du point de vue thématique et malgré la multiplicité des facteurs pouvant expliquer le phénomène des conduites addictives, la recherche a été orientée sur les modèles familiaux impliqués dans les troubles alimentaires, les dépendances aux substances psychoactives et à l'alcool etc.

1.6.2. Au plan théorique

Ici, nous nous servons de l'approche systémique, notamment la théorie générale des additions pour appréhender le vécu familial et les comportements addictifs. Cette théorisation nous permettra de mieux cerner les contours addictifs liés aux modèles familiaux.

1.6.3. Au plan spatio-temporel

En ce qui concerne la délimitation spatio-temporelle, elle se déroulera dans la région du Centre-Cameroun plus précisément à dans la ville de Yaoundé. Les données seront collectées au sein du service d'addictologie de l'hôpital central de Yaoundé. Cette étude débutera dès septembre 2022.

1.6.4. Limite matérielle

Les principales limites de ce mémoire sont sans contredit en lien avec la constitution de l'échantillon. En effet, les femmes sont peu représentées dans cette recherche si l'on compare avec le taux des hommes, mais cet échantillon est néanmoins assez proche de la réalité de la population dans la ville de notre recherche. De plus, nous avons dû refuser des entretiens de certains participants parce que leur contenu n'était même pas exploitable au dixième de nos attentes.

Une autre limite de notre mémoire porte sur la généralisation des données. Même si nous atteignons la saturation empirique, nous ne pouvons généraliser nos résultats à l'ensemble de la population des adolescents addicts. Bien entendu, le contexte social y est pour beaucoup. En effet, bien que ne bénéficiant pas des mêmes conditions familiales dans leur vécu, les adolescents sont différents les uns des autres selon leur position familiale (rang dans la fratrie). Cela joue pour beaucoup dans la trajectoire du développement individuel et sans doute sur les vécus de ces adolescents.

Par ailleurs, il est connu de nombreux chercheur en psychologie du trauma que le vécu psychologique d'une situation diffère d'un enfant à un autre. Aussi, l'ensemble des résultats obtenus dans le cadre de cette étude vont à l'encontre d'une représentation « uniformisée », stéréotypée de ces adolescents, souvent perçus comme une population relativement homogène et destinée à l'excellence, à la réussite scolaire et sociale. La réalité apparaît plus complexe, plus différenciée, notamment en fonction du sexe des sujets.

1.7. CLARIFICATIONS DES CONCEPTS

L'on ne saurait engager un travail scientifique sans au préalable apporter des clarifications sur les différents concepts qui composent le sujet. A cet effet, Durkheim (1968, 28) cité par Sop (2011, 2) déclare que « la première démarche du sociologue doit être de définir les choses qu'il traite, afin que l'on sache de quoi il est question ». Ceci étant, nous allons définir les notions clés de notre thème en élucidant de manière aussi rigoureuse que succincte chacun des concepts clés suivants : Adolescence, vécu des adolescents, famille, conduites addictives.

1.7.1. Adolescence

Le terme « Adolescence » vient du mot latin *adolescere* qui veut dire grandir. C'est une phase du développement humain physique et mental qui survient généralement entre l'enfance et l'âge adulte. Selon Tsala Tsala (2002, 111), « l'adolescence est une période difficile pendant laquelle l'individu se cherche une identité propre. Il doit se situer par rapport à l'enfance qu'il quitte et le statut d'adulte vers lequel il s'achemine ».

Claes (1983), définit l'adolescence en termes de tâches développementales afin de rendre compte des enjeux psychologiques qui se présentent à une étape particulière du développement humain. Cette idée fait référence à des réalités qui s'imposent à tous, au cours d'une même période du développement, impliquant des remaniements pour intégrer des changements dans une construction nouvelle. Pour lui, l'adolescence possède un point de départ inscrit dans l'éclosion des transformations pubertaires rendant impossible le maintien d'un statut familial, et un point de clôture qu'il définit par les critères psychosociaux.

Quant à Braconnier (2008), l'adolescence est à la fois l'âge des premières fois, c'est-à-dire des initiations permettant le passage de l'enfance à l'âge adulte. L'adolescence est aussi l'âge des tous les possibles, grâce à ce corps et cet esprit qui acquièrent toutes les potentialités. L'adolescent est l'âge de la subjectivité au sens où le sujet prend pour la première fois conscience que ses actes, ses paroles ; ses choix ne dépendent plus des autres mais de lui-même avec le sentiment de toute-puissance que cela engendre et la menace que cela représente. Pour Braconnier (2008), le processus de l'adolescence peut reposer sur plusieurs questionnements : celui d'une étape développementale rendant indissociable le corps de l'esprit venant compléter et réactiver les étapes de développement de l'enfance ;

celui d'une structuration de la personnalité normale ou pathologique renvoyant à une disposition particulière du psychisme humain à s'ouvrir au monde et dont les effets vont devenir repérables bien au-delà de la prime jeunesse.

Selon Tanner (1962) l'adolescence correspond particulièrement à une période de la puberté qui se caractérise par un certain nombre de transformations physiologiques. La puberté est une période de maturation sexuelle au cours de laquelle se produit une profonde mutation de l'individu, tant physique que psychique. Chez la fille la puberté débute entre 9/11 ans et chez le garçon entre 11/16 ans. Il s'agit d'un âge moyen dans la mesure où le début et la durée de la puberté sont très variables selon les sujets ; les facteurs aussi bien nutritionnels qu'environnementaux et familiaux jouent un rôle déterminant à ce sujet.

Chez Tanner (1962), le développement de la puberté correspond à cinq stades. Chez les filles nous avons : la poussée de la taille, le développement des seins, l'apparition de pilosité pubienne et des premières menstrues. Et chez le garçon on a : l'augmentation du volume des testicules, l'apparition de la pilosité pubienne, le développement du pénis et la poussée de la taille. Les transformations physiques sont aussi une reconstruction de l'image corporelle Tanner (1962). En effet, les modifications corporelles vont changer l'image du corps et susciter un ajustement psychologique et comportemental. Le jeune adolescent éprouve le besoin de rompre avec son enfance, avec ses désirs, ses idéaux, ses modèles d'identification, les intérêts venant de l'enfance. C'est la phase du développement de soi-même, développement et affirmation de ses propres valeurs. S'agissant des répercussions comportementales, on retrouve chez le jeune adolescent une fragilité intellectuelle, une volonté influençable, une affirmation de soi par destruction et restructuration, une rupture avec le milieu familial et ses valeurs, un changement d'objet d'amour et d'appel à l'idéal.

L'adolescence débute à la puberté vers 11-13 ans chez la fille, 13-14 ans chez le garçon et prend fin entre 17-18 ans. L'adolescence serait donc la période de l'épanouissement de l'enfant qui se transforme en un adulte, afin qu'il devienne acteur responsable de son parcours personnel et civique. En effet Claes estime que l'adolescence doit être découpée en étapes : le début de l'adolescence qui se situe entre 11 et 14 ans dominé par les développements pubertaires et constituant une période de transition dans le cours de l'existence. L'adolescence moyenne quant à elle s'étend de 15 à 17 ans et est caractérisé par la modification de la vie sociétale. L'adolescent se détache de la zone d'influence pour établir de nouveaux liens avec les pairs. L'adolescence tardive s'étend de 20 à 21 ans et est caractérisée par la consolidation de l'identité et l'engagement dans le processus de l'avenir.

Pour également situer la fin l'adolescence, on privilégie quelquefois une composante économique, ce qui permet de parler de l'adolescence prolongée, car elle peut s'étendre même au-delà de 25 ans.

Rutter (1980) pense que l'adolescence est une période caractérisée par les changements biologiques, psychologiques, culturels et sociaux de l'individu, imposant des réaménagements qui conditionnent le développement ultérieur et la santé mentale.

L'adolescence est une reprise des premiers processus de l'enfance avec opération de rupture, le moment de la séparation et du deuil des objets infantiles intériorisés. Les conduites à risque peuvent être entendues comme le défaut de la séparation première, le défaut de la séparation du désir de l'autre et donc de la constitution du sujet. Le recours à l'agir témoigne lui-même des difficultés de ce processus dans lequel l'adolescent cherche à remplacer ce qui fait défaut, à combler le trou de ce manque à travers les objets de la réalité extérieure car il y a toujours dans ces conduites un objet agressé, détruit ou volé (De Abreu E. Silva, 2004).

L'adolescence est certainement le moment de se confronter à la disparition de l'objet d'amour infantile. Du fait de cette perte de l'objet psychique de l'enfance, l'adolescent se trouve devant la nécessité de retrouver un objet dans la réalité extérieure qui évoque ce premier objet perdu, condition essentielle de l'issue de l'impasse du processus adolescent. Ainsi le rapport aux objets de la réalité à l'adolescence est étroitement lié à la possibilité qu'il a eue pendant le temps de l'infantile de se construire un objet psychique. Les objets de celui-ci se feront, lors du temps pubertaire, à travers les objets de la réalité.

1.7.2. Vécu des adolescents

Lorsqu'on parle du vécu il s'agit notamment de l'histoire singulière du sujet. Le vécu des adolescents renverrait alors à la remise en question de soi par rapport à son corps, à sa famille, à l'école, et à la société. On ne se perçoit plus et on est plus perçu de la même manière. On ressent un sentiment d'incompréhension vis-à-vis des autres et principalement des adolescents. Ce qui donne lieu à des conflits qui se manifestent souvent par un blocage. En réaction, certains adolescents chercheront à faire valoir leurs droits sans pour autant se conformer aux devoirs qui leurs sont corrélatifs. Tout ceci fait que l'adolescence est une étape pénible, difficile voire malheureuse. D'où l'importance du groupe et des relations d'amitié au cours de cette période. Ce groupe va donc jouer pour le sujet adolescent le rôle d'une structure d'accueil dans laquelle il va se réfugier. Il va chercher parmi ceux qui sont ses semblables et

rencontrent les mêmes difficultés que lui un appui, un soutien, une compréhension dû au fait qu'il vit une situation semblable à la sienne. (Petit Larousse de la psychologie). Quoi qu'il en soit, la vie en groupe contribue à la construction de la personnalité et à l'apprentissage de la vie en société grâce aux liens spécifiques (attachement).

1.7.3. Famille

Il est évidemment impossible de se mettre d'accord sur une définition commune du terme « famille » tant il existe de représentations différentes la concernant. Nous ne pouvons donc citer une définition exacte de ce qu'est aujourd'hui une famille, mais nous allons reprendre les propos de Miermont (2001) expliquant que les différents paramètres constitutifs d'une famille ont évolué selon les époques donnant des définitions toutes différentes de ce qu'est une famille. Ces paramètres sont la topique, la symbolique, la génétique, l'économique et la dynamique.

Selon Ferréol et Noreck (1989), la famille apparaît être la première instance de socialisation. Il est dès lors très important de réaliser un travail qui étudie les différentes relations et dynamiques qui se vivent en son sein étant donné les conséquences que cela peut avoir sur chacun.

Comme le souligne le Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie (Héritier-Augé, 1991 : 273), « tout le monde croit savoir ce qu'est la famille : elle semble relever de l'ordre de la nature, ce qui lui confère le caractère d'un donné universel, en tout cas sous sa forme élémentaire, de type conjugal. Définie par l'union socialement reconnue d'un homme et d'une femme qui vivent avec leurs enfants. [...] Mais il est intéressant de constater qu'aussi vitale, essentielle et apparemment universelle que soit l'institution familiale, il n'en existe pas, tout comme pour le mariage, de définition rigoureuse. »

Voici quelques définitions qui témoignent de la variété des définitions :

« Dans l'usage commun et dans la littérature en sciences sociales, le terme famille se réfère généralement à un groupe de parenté, c'est à dire, aux personnes liées par le sang, le mariage ou l'adoption » (Burch, 1979 ; sociologue).

« La famille est un groupe social qui se caractérise par la résidence en commun, la coopération économique et la reproduction » (Murdock, 1972 ; anthropologue).

« Dans le contexte africain traditionnel, une définition de la famille doit dépasser le cadre du ménage, du foyer et se situer au niveau du lignage et à celui du clan » (Sawadogo, 1992 : 63 ; sociologue).

« De la définition générale qui fait référence à la notion de parenté, le démographe ne retient que l'ensemble restreint constitué du couple parental, réduit éventuellement à une seule personne s'il y a eu veuvage ou divorce, et des enfants qui peuvent en être issus 1...] » (Pressat, 1979 : 71 ; démographe).

Dans les sociétés traditionnelles, non occidentales, comme l'indique Lacan, la famille était un groupe plus large, incluant, dans les familles paysannes, par exemple, l'ancêtre propriétaire des terres et les enfants mariés ainsi que leurs propres enfants, tous ces petits groupes étant considérés comme des foyers et non comme une famille. Les rôles éducatifs étaient à ce moment-là partagés par tous les membres de la famille (grands-parents, oncles et tantes, parents, etc.). La famille était fondée sur les contraintes économiques et institutionnelles, avec une relation très hiérarchisée entre ses membres.

Weiss (2010) montre que l'Église impose le mariage, ainsi que le nom de famille à la population afin de fixer le groupe familial en maintenant le modèle nucléaire et d'en assurer la continuité religieuse. Le christianisme inscrit le mariage comme sacrement dont l'union du couple est indissoluble. De plus, les femmes sont vendues ou données par leur père aux maris. Dupont (2017) souligne qu'à cette époque, il n'y a pas de famille sans mariage.

1.7.4. Les conduites addictives

Les jeunes sont considérés comme « le fer de lance d'une nation ». Mais elle semble assez lointaine cette période où les jeunes vivaient sagement leur vie empreinte d'innocence et de projets. Avec les mutations sociales, la jeunesse s'est profondément transformée. Le besoin de fuir une réalité devenue très frustrante a fini par les pousser vers des activités illicites telles que la consommation des drogues, du tabac, de l'alcool, et la pratique des jeux de hasard avec gage. Ces comportements devenant répétitif, se transforment en conduites addictives chez ces adolescents.

➤ Addictions

L'addiction est un terme d'origine latine, qui désignait un acte juridique par lequel une personne ayant des dettes était « addictee » à une personne, mise en dépendance (en

esclavage), jusqu'à apurement de sa dette. L'addiction c'était s'adonner, se vouer à une pratique, à un vice, une mauvaise habitude. L'addiction est un concept opposé à celui du contrôle de soi puritain : c'est la perte de contrôle, le glissement lent vers une psychopathologie.

D'après la psychologie, l'addiction peut se définir comme une relation plus ou moins aliénante d'un individu envers une substance (drogue, alcool, tabac, médicaments), une pratique (jeu, achat), ou une situation (relation amoureuse, secte). L'addiction se caractérise fondamentalement par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et par la poursuite de celui-ci, en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives et dommageables. Le terme addiction est lui-même ancien, mais le concept a été développé à propos des conduites de dépendances depuis les années 60 et 70 aux Etats Unis et plus particulièrement par Goodman en 1990.

Goodman (1990) considère qu'une définition présentée comme une extension de critères couramment acceptés ne sera plus facilement acceptée elle-même que si elle se montre comme une innovation. Prenant donc explicitement appui sur des critères diagnostiques, dont on ne sait pas d'abord quels troubles ils concernent, Goodman présente en terme généraux (sans faire appel à un comportement en particulier) un ensemble de critères du trouble addictif, comme catégorie sur-organisatrice, regroupant l'ensemble des troubles addictifs particuliers. Le but de ces critères est de pouvoir déterminer si un syndrome comportemental donné est ou non un trouble addictif (une addiction). Voici ces critères :

- Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement ;
 - Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement ;
 - Plaisir ou soulagement pendant sa durée ;
 - Sensation de perte de contrôle pendant le comportement ;
 - Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
- 1- préoccupations fréquentes du comportement du sujet ou de sa préparation ;
 - 2- intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine ;
 - 3- tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement ;
 - 4- temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à se remettre de leurs effets ;

5- survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelle, scolaire ou universitaire, familiale ou sociale ;

6- activités sociales, professionnelles, ou de loisirs sacrifiés du fait du comportement ;

7- persévération du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique ;

8- tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité ;

9- agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement ;

- Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

L'addiction correspond à l'attachement d'une personne à une sensation, un objet ou une autre personne, tel qu'il réduit la capacité et l'appréhension à prendre en compte les autres éléments de l'environnement ou elle-même, de telle façon que la personne devient de plus en plus dépendante de cette expérience et de cette source unique de gratifications.

Selon Memmi (1979) sociologue français « la dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, ou une institution réelles ou idéales, et qui relève de la satisfaction d'un besoin ».

La définition de Stanton Peele (1998) est psychosociale, elle est construite à partir de l'étude des addictions aux drogues, à l'alcool, mais aussi à l'addiction interpersonnelle (addiction à l'amour). L'addiction est comprise comme un assujettissement de l'individu à son environnement. Beaucoup d'individus parviennent à contrôler leurs addictions, car celle-ci, loin d'être une fatalité, dépend de son coût, lui-même lié à trois facteurs en inter actions :

- 1- Le malaise auquel la personne doit trouver une solution ;
- 2- Les compétences de la personne pour utiliser sa solution addictive ;
- 3- Les facilités addictives offertes par l'environnement.

L'objet de l'addiction n'est pas la drogue, ou une autre source de stimulation, mais l'expérience que fait la personne dépendante avec cet objet. En conséquence, nous devons nous tourner vers une approche phénoménologique de l'addiction, qui prendra en compte les éléments physiques, émotionnels, cognitifs et représentationnels et finalement environnementaux qui déterminent cette expérience.

Au regard de ce qui précède, l'adolescence est une période de transition pendant laquelle l'expérimentation est le maître mot. Pour Braconnier (2008), l'adolescent tout au long de sa lente métamorphose, s'efforce d'atteindre quatre objectifs essentiels : la pleine acceptation de son corps sexué, la rupture des liens de dépendance à ses parents, la projection dans l'avenir et la maîtrise des émotions des affects.

L'adolescence étant un temps complexe et difficile, mais indispensable pour l'élaboration psychique et les transformations constatées, est une période dont la réalisation du processus est incontournable.

Lorsque certaines questions familiales n'ont pas été réglées, plus précisément l'attachement de l'enfant à la figure principale ou subsidiaire, celles-ci auront des répercussions pendant la période d'adolescence. Les comportements par rapport aux parents changent et il s'agit de trouver une bonne distance. L'adolescent éprouve des difficultés plus ou moins grandes à lier les émotions, les sentiments ressentis et les émotions à des représentations psychiques, symbolisées et contenues. Les pulsions, sources de vie et d'énergie, gagnent en intensité et la tension qui en résulte cherche à se décharger par des voies diverses. Le jeune conteste l'autorité parentale (ou celle de tous les substituts parentaux comme les enseignants). Cette contestation les conduit parfois à l'expérimentation des produits psychoactifs et la pratique des jeux de hasard avec gage.

Certains jeunes vont jusqu'à mettre leur vie en jeu dans ce qu'il est convenu d'appeler des « conduites à risques ». En risquant de se perdre, l'adolescent a le sentiment parfois d'une plus forte existence. Le rapport au risque est souvent entendu comme une épreuve de vérité : je me mets en capacité d'affronter un danger que je ne maîtrise pas afin de me prouver à moi-même que j'existe. Ce n'est donc pas la mort qui est recherchée, mais la vie. En risquant de se perdre, l'adolescent a le sentiment parfois d'une plus forte existence.

Cependant, pour la plupart des adolescents, appartenir à un groupe de pairs devient un enjeu vital. Alors qu'il doit se séparer de ses attaches familiales infantines, l'adolescent trouve dans le groupe la réponse à son besoin fondamental d'appartenance. Il recherche sa valorisation aux yeux du groupe afin d'être reconnu par celui-ci, et afin d'y être accepté, intégré. Ce groupe peut venir apporter une aide transitoire appréciable mais il peut représenter également une nouvelle source d'aliénation. Les adolescents expriment la nécessité de suivre les règles du groupe, pour pouvoir être intégrés dans le groupe des pairs, au prix de sacrifices de leur intégrité morale et comportementale.

Lorsqu'il y a constitution d'un « groupe » adolescent, celle-ci se constitue souvent sans leader ou avec un leader éphémère. La bande adolescente correspond à une nouvelle modalité du lien, très fragile. La bande tend à se rajeunir. Elle apporte :

- protection (quand celle de la famille est défaillante ou rejetée par le jeune) ;
- puissance ;
- propriété (la bande marque ses « territoires ») ;
- rêverie, illusion ;

Le groupe est propice à l'émergence des pulsions à l'état brut. Toutefois, lorsque le jeune éprouve le sentiment de perdre son identité, de s'y diluer, de s'y perdre, d'être entraîné malgré lui à des actes qu'il réprouve, le groupe peut générer en lui un sentiment de malaise.

Ainsi, l'adolescent semble au premier abord être plongé dans une situation paradoxale : son système d'attachement lui est indispensable pour lui assurer un sentiment de sécurité interne, mais son activation, avec la proximité parentale qu'elle peut entraîner, peut menacer sa quête d'autonomie. Ce terme d'« autonomie » est souvent mal compris : « ce n'est pas se libérer des attaches ou de l'influence des parents, mais plutôt la capacité à s'auto-gérer et à s'auto-réguler ; ce qui ne commence ni se termine à l'adolescence ». (Allen et al., 1999 : 203).

CHAPITRE 2 : ADDICTION, ADOLESCENCE ET SYSTÈME FAMILIAUX

Dans ce chapitre, il est question pour nous de présenter la revue de la littérature autour de notre thématique de recherche. Il vise à mettre en exergue les contributions des auteurs qui ont traité des thèmes similaires à celui-ci. D'après Aktouf (1987, p. 55), « *c'est l'état des connaissances sur un sujet* ». Il s'agit ici, de faire la synthèse, le bilan de la documentation existante, le résumé des connaissances actuelles sur le sujet de l'étude et l'identification des lacunes de ces connaissances.

2.1. L'ADDICTION : ÉTAT DES LIEUX

Sous ce titre, nous abordons la notion d'addiction au travers de l'émergence du concept. Nous allons ensuite parcourir une brève histoire de l'apparition du concept avant de mettre l'accent sur la définition proprement dite et la typologie des addictions.

2.1.1. Emergence du concept

Le terme d'addiction est un vieux vocable français trouvant son étymologie dans le terme latin *ad-dicere* : « dire à » au sens de donner, d'attribuer quelqu'un à quelqu'un d'autre en esclavage, si bien que l'esclave était dictus ad, « dit à » tel maître. En ce sens l'alcoolique serait celui qui est « dit à » l'alcool, comme le drogué est celui qui est « dit à » à la drogue, le boulimique « à » la faim, le joueur « au » jeu, le fumeur « au » tabac Addico, comme verbe, signifie adjuger la personne au débiteur créancier.

Addiction comme substantif indique le penchant ou l'attachement d'une personne à quelque chose. Addicté comme adjectif se réfère à une personne encline à un pratique ou partisan de conduites bien défini. Dans l'ancienne République romaine, un « addictum » (addicté) était un esclave pour dette. L'addicté apparaît comme celui qui volontairement et fatalement est destitué et ramené à une condition inférieure et comme celui qui a perdu son identité et qui a pris une identité mal appropriée parce que c'était l'unique moyen possible pour payer sa dette. Par le renoncement à sa véritable identité, l'addicté réassure l'équilibre social menacé par sa virtuelle incomplétude.

L'addiction désignait en droit romain ancien la contrainte par corps de celui qui, ne pouvant s'acquitter de sa dette, était mis à la disposition du plaignant par le juge. Celui qui n'était pas parvenu à gérer convenablement ses propres obligations, se voyait condamné à payer, avec son corps et par son comportement, le manque de pertinence de ses systèmes de pensées et d'actions. « La mythologie nous propose quelques illustrations analogiques : ainsi Prométhée, qui a transgressé la loi divine en offrant le feu aux hommes, est-il condamné par Zeus à être enchaîné sur le mont Caucase, et à offrir son foie, éternellement, à la voracité des aigles ; ainsi Atlas, coupable de s'être affronté à Zeus lors de la guerre opposant les Géants et les Dieux, se voit infligé la tâche infinie de porter la voûte céleste sur ses épaules ; ainsi, dans un autre genre, Shylock prétendra longtemps prélever la livre de chair si le prêt de 3000 ducats à Antonio n'est pas remboursé « Si vous ne me remboursez pas tel jour, en tel endroit, la somme énoncée dans l'acte, qu'il soit stipulé vous perdrez une livre pesant de votre belle chair, laquelle sera coupée et prise dans telle partie de votre corps qu'il me plaira » (Shakespeare, *Le marchand de Venise*) » (Sztulman, à paraître).

Le terme d'addiction prend son acception actuelle par une extension sémantique dont il est difficile de démêler si : a) elle porte sur l'agent qui exerce la contrainte « sur le corps », et alors il s'agit du sujet exerçant une contrainte sur son propre corps comme objet de sa maîtrise ; b) si cette extension fait du corps propre l'agent de la contrainte « sur le sujet » ; c) si cette extension indique un objet extérieur à la personne dont la privation exerce sa contrainte persécutive à la fois « sur le corps et sur le sujet ». L'accent est donc mis sur la contrainte, c'est-à-dire ce phénomène compulsif et irrépressible dont l'individu se sent la proie et sur la perte d'une liberté (Rigaud, Jacquet, 1994).

Ce concept offre donc une métaphore riche de sens mettant l'accent sur l'existence d'une culpabilité (la dette non payée), l'officialisation de la faute (l'adjudication par le tribunal) et du prix à payer (la contrainte par corps). De nos jours, la justice se montre moins sévère et ce sont les sujets particulièrement carencés et perturbés mentalement qui se condamnent eux-mêmes à payer par leur corps et par leur comportement le tribut de l'addiction, en accusant les autres d'être à l'origine de leurs carences et de leurs inconséquences.

2.1.2. Histoire

L'apparition de ce concept dans la psychopathologie francophone correspond à une mutation historique qui concerne autant la psychopathologie que la taxinomie psychiatrique. En effet, l'usage de substances psychoactives dont certaines au fort pouvoir addictogène remonte très certainement aux origines de l'Homme et a accompagné celui-ci à travers son histoire et ses diverses migrations.

A la fois objet du sacré, du religieux, en passant par le médicinal et l'usage récréatif, ces substances psychoactives sont devenues un bien de consommation légal ou non selon la culture du moment et son acceptabilité sociale.

On retrouve les premières traces de l'usage d'opium et de la culture du pavot à opium en Mésopotamie et en Asie 4000 ans avant JC, puis dans l'Antiquité à des fins thérapeutiques et récréatives (Richard, Senon, Valleur, 2004). Du fait de ses ravages dans la population, la culture de l'opium et son usage ont tenté d'être contrôlés par la Chine à la fin du XVIII^{ème} siècle et début du XIX^{ème} siècle ce qui a conduit aux guerres de l'opium avec l'empire colonial britannique.

L'usage du cannabis est mentionné pour la première fois par l'Empereur Chinois Shen Nong en 2700 avant JC.

Les origines de l'Ayurveda qui est une médecine traditionnelle indienne et utilisant entre autres plantes médicinales, minéraux et répertorient les toxiques, remontent à au moins 2000 ans avant JC ; certains auteurs remontant jusqu'au XV^{ème} siècle avant notre ère.

En Amérique du Sud les chamans depuis toujours utilisent dans leurs rituels des plantes hallucinogènes, comme l'ayahuasca qui est un breuvage à base de lianes dont la consommation remonte à plus de 2000 ans avant JC (Richard, Senon, Valleur, 2004), des champignons hallucinogènes de type psilocybes, le cactus peyotl contenant la mescaline également consommé par les Amérindiens 3000 ans avant JC. Dans les Andes les Incas cultivaient la coca, dont la consommation perdure encore aujourd'hui, à des fins rituelles et pour ses vertus stimulantes. C'est de cette même plante qu'est issu son alcaloïde la cocaïne, substance à fort pouvoir addictogène.

Plus proche de nous en Europe au Moyen-Age, les rites religieux faisaient appel à des plantes comme la belladone dont est issue l'atropine, la scopolie de carniole dont est issue la

scopolamine, le morelle, le brugmansia, le datura, la mandragore. Puis à partir du XVII^{ème} siècle c'est la culture du chanvre qui a pris un grand essor en Europe.

De même le tabac originaire d'Amérique du Sud fût ramené en Europe au XVI^{ème} siècle et sa culture mise en œuvre à grande échelle. Très vite son pouvoir addictogène fût mis en évidence dans la population. La révolution industrielle du XIX^{ème} siècle a permis d'identifier et d'extraire de nombreux alcaloïdes de plantes dont les principes actifs allaient servir soit de médicament soit de drogue licite ou illicite selon les législations.

Chez les Romains les esclaves n'avaient pas de nom propre et étaient « dits à » à leur maître. On note donc ici l'absence de liberté, et donc l'esclavage. En droit romain on retrouve le terme *addictus* signifiant « adonné à », et utilisé pour désigner la contrainte par le corps, c'est à dire le fait qu'un créancier avait le droit de disposer d'un débiteur comme son esclave si celui-ci était incapable d'honorer ses dettes. De même au Moyen Age être « addicté » signifiait l'obligation de la part d'un débiteur incapable de rembourser ses dettes, de payer le créancier par le fruit de son travail ; obligation ordonnée par l'ordonnance d'un tribunal, donc imposée par un tiers. Par la suite dans la langue anglaise *addiction* désignait la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître.

Le terme d'addiction a désigné des phénomènes pour lesquels ont été utilisés les mots de « dépendance », « assuétude », « s'adonner », « voué », « consacré », « goût », « manie » mais aussi « accoutumance », « contrainte », « habitude ». Les conduites réunies sous le terme d'addiction ne se limitent pas à la consommation abusive d'un produit, à la pratique abusive d'une activité, mais renvoient à des notions comme « l'esclavage », « l'aliénation », « l'emprise », « le penchant »... Elles suggèrent une idée de « don de soi », de jouissance, d'ardeur, mais aussi de crispation et d'enfermement du sujet autour d'un être ou d'une chose (Pardinielli, 1985). Certains ont souhaité remplacer ce terme par assuétude qui a sans doute le tort de mettre l'accent sur l'habitude et sur l'accoutumance au détriment de la notion de « don de soi » qui reste présente dans « addiction ».

Ce terme d'addiction est employé pour rendre compte d'un comportement de dépendance désigné en français sous le terme de toxicomanie, de toxicophilie ou de recherche de la dépendance. Finalement, l'addiction correspond à l'extension du terme servant à désigner les toxicomanies à d'autres comportements que Fénichel (1945) nommait les « toxicomanies sans drogue ». Le terme d'addiction était utilisé par Fénichel pour regrouper diverses conduites impulsives pathologiques et signifier l'urgence du besoin de les satisfaire ainsi que

l'incapacité finale de toute tentative de le satisfaire. Le terme d'addiction ou de conduite addictive cherche à prendre en compte la diversité de l'évolution de conduites toxicomaniaques (au sens large) qui ont vu leur prévalence augmenter de façon considérable au cours des dernières années et déborde largement le cadre des toxicomanies classiques et de l'alcoolisme en recouvrant de son ombre de nouveaux pans : troubles des conduites alimentaires, jeux pathologiques et, comme les dénonçait d'ailleurs Descombey, les jeux de hasard ...

2.1.3. Esquisse de définition

La littérature utilise différents termes pour nommer et décrire des concepts très proches parfois similaires, utilisation évoluant de plus avec le temps et les mentalités. Toxicomanie, dépendance, pharmacodépendance, addiction, usage nocif, abus font partie ainsi d'un vocabulaire aux contours pouvant paraître flous.

- L'OMS définit la toxicomanie ou pharmacodépendance comme « un état de dépendance physique ou psychique ou les deux, vis-à-vis d'un produit et s'établissant chez un sujet et à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci ».

Le terme toxicomanie décrit à la fois l'usage d'un produit et la dépendance de l'individu vis-à-vis de celui-ci. La toxicomanie conduit à une aliénation, une perte de liberté puisque le toxicomane est profondément dépendant de sa drogue qui devient son principal voir unique centre d'intérêt.

- La dépendance, terme le plus souvent liée à l'utilisation d'un produit, est un état pathologique où l'organisme est incapable de fonctionner physiologiquement en dehors de la consommation de la substance responsable. Elle sous-tend la notion de sevrage qui est un syndrome apparaissant chez un individu dépendant lorsqu'il ne peut consommer ladite substance et la notion de tolérance impliquant une augmentation de la dose nécessaire quels que soient les signes de destruction physique ou psychique.

En 1975 puis 1992, l'OMS définit la dépendance comme « un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le

produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non ».

Selon Bloch et al. (2000, p. 17), l'addiction est :

Une situation de dépendance vécue subjectivement comme aliénante, toute l'existence du sujet se trouvant concentrée autour de la répétition d'une expérience, au détriment d'investissements affectifs ou sociaux. La notion d'addiction englobe celle de toxicomanie et de dépendance, mais dépasse le cadre de la dépendance à des substances psychoactives, pour s'étendre aux toxicomanies sans drogue, ou addictions comportementales. (Bloch et al., 2000, p. 17)

Bergeret (1981), soulignant l'étymologie du terme, avait proposé un emploi particulier du terme « addiction » : dérivé du latin *addictus*, il désignait la contrainte par corps. Cet auteur proposait donc de l'employer dans le cadre d'un abord psychanalytique, où la dépendance corporelle aurait valeur pour le sujet de tentative inconsciente de régler une dette. Le terme désigne alors métaphoriquement la toxicomanie, dans une conception psychologique qui ferait de la dépendance physique l'équivalent d'une peine auto-infligée.

La clef de la dépendance serait à chercher dans la source de ce sentiment de dette dans le vécu du sujet : « *il s'agit de considérer à la suite de quelles carences affectives le sujet dépendant est amené à payer par son corps les engagements non tenus et contractés par ailleurs* ». Mais c'est indépendamment de ces considérations que le terme se répand, et des définitions plus descriptives, voire plus opérationnelles s'avèrent nécessaires.

La dépendance décrit principalement les symptômes liés à l'usage d'un produit. L'OMS définit l'addiction comme « un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements ». La notion de comportement est donc introduite. Une définition conforme aux critères du DSM est donc celle proposée par le psychiatre Goodman (1990) qui définit l'addiction comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ».

Le terme addiction regroupe les troubles liés à l'usage de substances (addictions aux substances) et les troubles liés à un comportement (addictions comportementales). Le concept d'addiction est donc plus global et s'intéresse également aux différents processus mis en œuvre entre l'individu et la substance ou le comportement. Il apporte une dimension comportementale et une approche plus qualitative. Ainsi, bien que couramment employés

indifféremment, les termes addiction et dépendance n'ont pas exactement le même sens. Le terme addiction apparaît plus juste pour regrouper addictions aux substances et addictions comportementales que celui de dépendance.

Pour Goodman (1990) les facteurs à détecter sont les suivants:

- Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre.
 - survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.
 - tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 - agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
 - certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Cette définition peut s'inscrire dans une conception de l'addiction comme processus, mise en avant par Peele et Brodsky dès 1975, dans leur ouvrage *Love and addiction*.

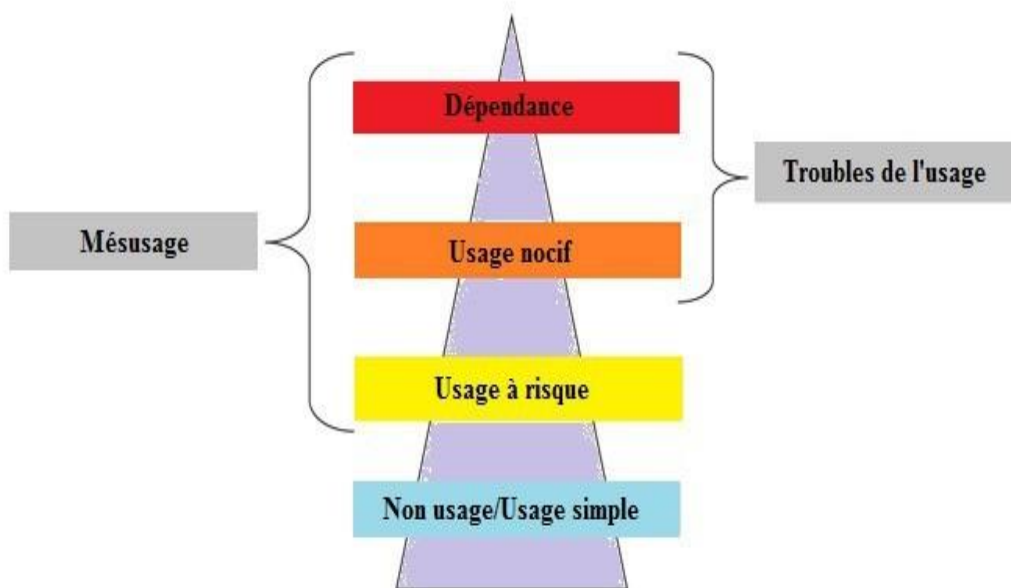
Rappelons que, selon Peele, c'est d'une expérience que certains sujets deviennent dépendants, et non d'une substance chimique. Le caractère agréable de l'expérience initiale n'est pas, dans cette optique, d'une importance primordiale.

Le recours répétitif à la conduite addictive aurait une fonction d'évitement de situations anxiogènes, en substituant à l'incertitude des relations humaines le déroulement prévisible d'une séquence comportementale maintes fois vécue.

Un parallèle pourrait être fait entre cette vision et des approches psychanalytiques, qui voient dans des formes mineures de toxicomanies l'institution d'un néo-besoin, ou une forme agie d'équivalent de mécanisme de défense contre des représentations anxiogènes (ou une façon d'éviter à la fois l'affrontement de situations anxiogènes, et la mise en jeu de mécanismes de défense, au sens habituel du terme).

Par ailleurs il existe différentes situations entre des pratiques sans risque d'addiction d'une part, et l'addiction d'autre part (figure 1) :

Figure 1 : Des différents usages à la dépendance



- Usage simple : usage de substance ou comportement ne posant pas de problème. Cet usage peut varier dans son intensité et peut être qualifié d'expérimental, d'occasionnel ou de régulier. Il n'entraîne pas de conséquences délétères pour l'individu hormis d'éventuelles conséquences pénales.
- Usage à risques : usage de substance ou comportement susceptible d'entraîner des dommages somatiques, psychologiques, sociaux dû à des circonstances particulières (risque situationnel) ou à un problème de dosage (risque quantitatif).

- Usage nocif ou abus : usage de substance ou comportement caractérisé par au moins un dommage somatique, psychologique et/ou social pour le consommateur et pour son environnement proche ou lointain, et avec l'absence de critère de dépendance.

2.1.4. Typologie des addictions

De façon générale, tout abord pour parler des addictions, on doit commencer par prendre acte des diverses dimensions du phénomène, résumées pour les toxicomanies par C. Olievenstein comme « la rencontre entre une personnalité, un produit, et un moment socioculturel ».

Aucun de ces éléments ne doit être éludé pour une appréhension globale du phénomène, et il est évident qu'aucun spécialiste ne peut totalement maîtriser les disciplines concernées par une aussi vaste problématique.

Les oppositions et querelles de chapelles ne sont trop souvent que l'effet de l'étroitesse de vue des protagonistes. Un psychologue par exemple pourra nier toute importance de la biologie, un pharmacologue tout rôle de la culture ou de la société...

Bien des débats entre spécialistes ressemblent à des oppositions entre des vues partielles, toutes vraies, mais toutes incomplètes. Comme si l'on se battait autour de l'impossibilité de représenter, en deux dimensions, une carte exacte du globe terrestre : l'existence, sur l'une des représentations, d'un pôle nord, n'implique pas l'inexistence d'un pôle sud...

Le passage de la toxicomanie aux addictions a, pour les auteurs anglo-saxons, l'intérêt de dépasser une vision étroite de « maladie », simplement basée sur l'interaction entre une substance et un individu (sinon entre une molécule et une synapse...).

Il y a longtemps que, notamment sous l'influence de la psychanalyse, l'on est habitué à relativiser la place du produit dans les toxicomanies.

Dans le cas des «addictions comportementales» ou des «toxicomanies sans drogues», nous avons toutefois à faire une place à ce qui est l'équivalent de la drogue dans la toxicomanie. Ceci à deux niveaux : l'effet, l'éprouvé particulier qui est au centre de la conduite addictive (lié à des modifications neurobiologiques, même en l'absence de «drogue»

extérieure), et d'autre part le sens, la place du « produit » dans l'histoire du sujet (qui justifie les études sur le « choix » de la « drogue », et les abords psychologiques divers).

La notion de conduites ordaliques, peut au niveau de la quête de sens, être le pendant de la recherche de sensations au niveau de l'effet, de l'éprouvé. Et la notion de conduites ordaliques pourrait être un élément central d'éclairage des aspects actifs, paradoxaux, des addictions.

Tentative, pour un sujet dépendant, ayant « perdu le contrôle de sa vie » (selon la formulation Alcooliques anonymes), de reprendre en main son destin, elles constitueraient l'envers de la dépendance.

L'addiction elle-même serait à deux faces : l'une de désubjectivation, d'effacement du sens, l'autre de transgression, affrontement, recherche de sens, etc.

Le tabagisme est encore aujourd'hui un bon exemple de comportement « insensé », en secteur, mais fort peu ordalique, sans grand retentissement sur la vie subjective, plus dépendance pure qu'addiction. Le jeu, dans lequel le « produit » est le hasard et l'argent, l'éprouvé l'excitation extrême dans l'attente du verdict, serait au contraire la répétition jusqu'à l'absurde de la question même du sens de la vie, une quête de justification du droit à la vie...

Les différentes formes de dépendance, les diverses « addictions », se distribueraient suivant un continuum, des dépendances les plus acceptées ou les plus passives, aux plus « ordaliques » : à une extrémité le tabagisme, voire les troubles des conduites alimentaires, à l'autre les formes actuelles de toxicomanies, avec leur versant de marginalité parfois recherchée, de révolte souvent manifeste, de transgression toujours présente.

Dans cette classification des addictions, le jeu « pathologique » doit occuper une position centrale : socialement encouragé par l'État, le jeu ne devrait pas entraîner la moindre marginalisation, ou stigmatisation de ses adeptes. Or, voie courte, quasi mystique ou magique vers la fortune, il garde en soi, dans les représentations du public comme des joueurs eux-mêmes, l'aura de réprobation morale qui vise la facilité, le refus de l'effort, de la voie longue.

Les divisions qui ont durant plusieurs années agité en France le champ de l'intervention en toxicomanie, autour de la réduction des risques ou des traitements de substitution peuvent trouver, dans ce début de modélisation des addictions, une explication :

D'un côté, des thérapeutes qui se réfèrent aux théories psychanalytiques ou psychosociales ont vécu la promotion de traitements de substitution comme le risque d'une régression conceptuelle : la toxicomanie redeviendrait dans certains discours très médicaux une maladie chronique, comparable au diabète, simple interaction entre le corps du sujet et une substance.

2.1.4.1. L'addiction au Tabac

C'est en 1560 que le Tabac est introduit en France par un moine qui le rapporte du Brésil et par un diplomate français en poste à Lisbonne : Jean Nicot. Comme toute plante ayant des propriétés psychoactives, le tabac contient des alcaloïdes, dont le principal est la nicotine. Celle-ci possède un effet stimulant, anxiolytique et coupe-faim.

Les méfaits du tabac ne sont plus à démontrer. Il augmente la pression artérielle, accélère le rythme cardiaque et détériore les artères. Les risques coronariens et les décès par infarctus du myocarde sont deux fois plus élevés chez les fumeurs (Varescon, 2005).

Le tabagisme peut être considéré comme une dépendance à la nicotine à laquelle s'ajoute une dépendance psychologique et comportementale au fait de fumer. La dépendance physique au tabac est confirmée par les fumeurs, la dépendance psychique tenant par ailleurs une place importante dans leur vie. Les travaux actuels confirment le lien existant entre la dépendance tabagique et la régulation des émotions (Carton, 2001).

2.1.4.2. L'Addiction à l'Alcool

L'Alcoolisme est l'addiction la plus anciennement repérée. Depuis des millénaires l'homme consomme de l'alcool. La molécule d'alcool ou éthanol est connue depuis le XIXe siècle. C'est une substance organique simple, produit de la fermentation des sucres contenus dans les fruits.

L'alcool est essentiellement consommé à des fins récréatives. Au point de vue thérapeutique, on l'utilise principalement comme antiseptique externe et comme solvant pour certains médicaments, bains de bouche et gargarismes.

Selon la dose, les principales réactions observées sont, en ordre croissant, les suivantes : anxiolyse, euphorie, désinhibition, altération de l'attention et du jugement, diminution des perceptions sensorielles, troubles de la mémoire, sommeil, anesthésie, inconscience, coma et mort. (Brisson, 2000)

L'alcool facilite les échanges interpersonnels ; l'alcool calme les souffrances internes, le mal être psychique, réduction de l'anxiété, de la dépression. L'alcool lève les inhibitions (le Surmoi est soluble dans l'alcool) et peut entraîner des comportements proches du passage à l'acte (violences physique ou sexuelle, actes impulsifs...).

Les conséquences de l'alcoolisme se constatent au niveau somatique : troubles gastro - entérologie (hépatites, cirrhoses, gastrites, etc.) Troubles neurologiques, insuffisance cardiaque, encéphalopathies, polynévrites, épilepsie, atteintes vasculaires. Les troubles du caractère et de l'humeur sont à relever. Au niveau de la sphère intellectuelle, des troubles mnésiques peuvent apparaître.

Le terme d'alcoolisme a été proposé par Magnus Huss en 1849. Une courte définition de l'alcoolisme est donnée par Fouquet (1951) : est alcoolique tout homme ou femme qui a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir de consommer de l'alcool. Pour Fouquet, l'alcoolisme correspond à l'intrication de trois facteurs ; un facteur psychique, un facteur de tolérance et un facteur toxique (Varescon, 2005). Aussi, dans les *trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), Freud (1905) suggère la relation entre la zone labiale et le développement ultérieur de l'alcoolisme. Il écrit :

[...] tous les enfants ne suçotent pas. Il est à supposer que ce soit le propre de ceux chez lesquels la sensibilité érogène persiste, l'enfant sera plus tard un amateur de baiser, recherchera les baisers pervers et, devenu homme, il sera prédisposé à être fumeur et buveur».

Ferenczi a insisté sur la dimension homosexuelle du sujet alcoolique .Il s'agirait d'une homosexualité latente, car le désir homosexuel est refoulé et réprimé.

Chez l'homme, elle se manifesterait par des revendications de virilité lors des ivresses, le choix d'une épouse plus maternelle que féminine, la recherche de camaraderie masculine et de lieux essentiellement masculins (Varescon, 2005).

En population générale adulte, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée. La boisson alcoolisée est un produit expérimenté par la quasi-totalité des Français. Ainsi, La France se trouve en tête des pays européens pour la consommation d'alcool et demeure le premier pays exportateur (Valleur et Matysiack, 2003).

Un peu plus d'un français sur cinq déclare consommer de l'alcool tous les jours. Les consommateurs d'alcool sont majoritairement des hommes ; ils sont trois fois plus souvent concernés par la dépendance ou l'usage problématique que les femmes.

2.1.4.3. Le Cannabis

Le cannabis est une plante à l'origine de nombreuses préparations, dont l'activité psychotrope est principalement induite par l'un des cannabinoïdes qu'elle contient, le tétrahydrocannabinol ou THC (Richard et al., 2000) . Le cannabis est un produit psychoactif, qualifié en France de « drogues douce » associée le plus souvent à la convivialité et la détente.

Le cannabis est le plus souvent fumé, mais, plus rarement, le cannabis peut être ingéré par voie orale. Il provoque « l'ivresse cannabique » qui diffère selon la quantité consommée et l'état psychologique du sujet. Dans un premier temps, le sujet éprouve un sentiment de bien-être, d'euphorie. La seconde phase est dite confusionnelle, les perceptions sensorielles du sujet peuvent être modifiées. Une certaine labilité émotionnelle avec une suggestibilité augmentée est à noter. Puis, les phases suivantes se caractérisent par un progressif retour à la réalité.

Après une phase d'apathie et de sensation d'être dans un monde sans problème suit la phase d'assoupissement (Varescon, 2005).

Dans le cadre d'un usage fréquent et prolongé, on peut constater :

- des effets sur la mémoire. Un usage régulier de cannabis, même sur une courte période, induit des perturbations de la mémoire immédiate, troubles pouvant persister après quelques semaines d'abstinence ;
- des crises d'angoisse (attaque de panique). L'intoxication au cannabis semble pouvoir induire des attaques de panique chez des sujets présentant un contexte d'anxiété chronique ;
- Un syndrome « amotivationnel ».Celui-ci se manifeste par un repli sur soi, un désintérêt généralisé qui entraînent un désinvestissement des activités quotidiennes. Il se caractérise également par un déficit intellectuel et un émoussement affectif ;
- un syndrome confusionnel aigu, parfois appelé psychose cannabique, avec des altérations sensorielles, trouble de la mémoire des faits récents, idées délirantes...

La psychose cannabique peut se décliner sous trois formes : le syndrome confusionnel aigu avec idées délirantes, altérations sensorielles, labilité émotionnel ; le syndrome schizophréniforme avec idées de persécution, vécu paranoïde ; le trouble psychotique chronique.

Au niveau somatique, quelques troubles sont à relever. Ils concernent plus particulièrement la sphère digestive. Le cannabis pourrait avoir un effet sur la spermatogénèse ainsi qu'un pouvoir cancérogène lié à la fumée des cigarettes de cannabis.

2.1.4.4. Les opiacés

La dépendance aux opiacés constitue l'archétype même de la toxicomanie. Les opiacés sont des produits d'origine naturelle contenus dans le latex (opium) recueilli sur une plante, le pavot, ou synthétique ayant des propriétés similaire à l'opium.

L'héroïne est un dérivé de la morphine qui reste le principal opiacé consommé, hors prescription médicale. Elle se présente sous forme de poudre blanche, mais peut être vendue sous divers aspects. Ainsi, elle pourra avoir une couleur brunâtre ou grisâtre. Elle peut être prise : « le sniff », mais elle est le plus souvent injectée par voie parentérale, surtout intraveineuse : « le shoot ».

Les opiacés apportent une sensation agréable de bien-être, d'apaisement, d'extase et un état euphorique. A ce titre, l'héroïne agit comme un anxiolytique puissant et comme un antidépresseur. On a souvent décrit l'effet de l'héroïne sous forme de « flash » qui correspond à une sensation intense, brutale, physique et psychique (Varescon, 2005). De son côté, Olivenstein (1977) le définit comme : « le flash est une explosion de jouissance dans le corps, la tête et l'esprit. Sa chaleur voluptueuse saisit le ventre, remonte, embrase l'être entier en une flambée instantanée, c'est un orgasme en somme auprès duquel l'orgasme sexuel semble peu de chose ».

De façon générale, pour ce qui concerne les conséquences physique et médicales de l'intoxication aux opiacés, on peut constater :

- Des effets neuropsychiques : au niveau du système nerveux centrale, les opiacés induisent une analgésie et une sensation d'extrême anxiolyse. L'utilisation chronique entraîne une perturbation continue du psychisme avec des manifestations, par exemple, de type paranoïaque.
- Des effets respiratoires : dépression (syndrome de Cheyne - Stokes), des bronchites sont possible, crise d'arythmie suivie d'un arrêt cardiaque brutal.
- Des effets digestifs : retards à la vidange gastrique, stase fécale, diminution générale de toutes les sécrétions non salivaires, coliques hépatiques.

- Des effets gynécologiques : les femmes toxicomanes présentent souvent une aménorrhée.
- Des atteintes virales : la consommation d'opiacés par voie intraveineuse constitue un facteur de risque élevé de contracter des virus, notamment le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de l'hépatite C (VHC).

2.1.4.5. La cocaïne

La cocaïne est le résultat de la distillation des feuilles de cocaïer préalablement séchées. Elle se présente sous la forme d'une fine poudre blanche.

Nous savons que Freud fut le premier à découvrir les effets thérapeutiques de la cocaïne, mais qu'il mit brusquement fin à ses recherches par suite de la mort d'un ami à qui il en avait recommandé l'usage (Dabrowski et al. 1977).

La consommation de cocaïne provoque une sensation d'euphorie immédiate et de bien-être, de facilitation relationnelle, d'hyper vigilance, d'un sentiment de puissance intellectuelle et physique ainsi qu'une indifférence à la douleur et à la fatigue (Varescon, (2005).

Les effets cliniques de la consommation de cocaïne résultent pour l'essentiel d'une intense stimulation du système nerveux sympathique.

Ils varient selon le mode de consommation, les effets cardiaques, neurologique, respiratoires et psychiques les plus puissants suivent l'usage de crack ou de cocaïne par voie injectable (Valleur et coll, 2000). Elles se traduisent par une dilatation pupillaire, tachycardie, de l'hypertension, une hypersudation, de l'hyperthermie. Au niveau psychologique, la prise régulière et importante de cocaïne peut provoquer des hallucinations et des sentiments de persécution.

Lorsque les doses sont répétées sur une brève période, la fin de l'activité du produit se traduit par une anxiété, un état dépressif, inclinant à utiliser à nouveau la drogue (Varescon, (2005). La cocaïne, en tant qu'excitant puissant, provoque une dépendance psychique importante. Ce qui explique que l'arrêt d'une consommation aiguë de cocaïne soit difficile.

2.1.4.6. Ecstasy

L'ecstasy (méthylène-dioxy-3 4-métamphétamine) est une phényléthylamine dont l'usage comme psychostimulant et agent « empathogène » ne cesse de se développer. On

l'appelle aussi « ecsta », « pilule d'amour », « essence », E », « EX », « Adam » ou encore « Chamallow », etc.

L'ecstasy fut utilisé à partir des années soixante-dix aux Etats-Unis et plus récemment sur la scène européenne et française comme drogue « récréative » par une population jeune , lors de soirées, associant souvent l'usage de psychostimulants à une musique au rythme syncopé, dite « techno ».

Les danseurs apprécient L'ecstasy car elle favorise un état proche de la transe, potentialise l'effet des rythmes et des décibels et empêche de ressentir la fatigue (Valleur et coll, 2000). Une majorité de sujets interviewés sur leur consommation d'Ecstasy rapportent des effets positifs, certains n'hésitent pas à évoquer des expériences et des effets plus négatifs (Bagott, 2002). Ainsi, la neurotoxicité de la MDMA et les conséquences qu'elle peut entraîner au niveau cognitifs, spécifiquement sur la mémoire et sur l'attention, a été mentionnée par plusieurs auteurs (Parott, 1997 ; Klizman et al, 2002, Morgan et al , 2002. D'après Varescon (2005)

Lors d'intoxications aiguës, des états d'anxiétés généralisées ainsi que des crises de panique ont été relevés. Des affects dépressifs peuvent apparaître dans les jours qui suivent la consommation d'ecstasy.

Toutefois, une consommation répétitive d'ecstasy aurait pour conséquences des manifestations dépressives plus intenses et plus durables. Quelques études ont été publiées concernant les effets de la MDMA sur le psychisme dans le cadre de décompensation de type psychotique.

Lors de consommation abusive sur plusieurs semaines d'affilée, on peut observer la constitution de pharmacopsychoses semblables à celles déclenchées par l'abuse d'amphétamine ou de cocaïne. Les données d'une étude, publiée en 2002, fournit des résultats intéressants et permet de lever en partie ce doute.

Lieb et coll se sont donné pour objectif l'identification des troubles psychologiques chez les consommateurs d'ecstasy dans le cadre d'une étude longitudinale sur 2462 participants.

Les auteurs montrent que les sujets consommateurs d'ecstasy présentent davantage de troubles psychologiques de type anxiété, dépression et phobies que les non-consommateurs, mais que ces troubles précèdent plus qu'ils ne suivent la consommation d'ecstasy.

2.2. ADDICTION AVEC SUBSTANCE

Comme nous l'avons vu, l'usage de substances peut aller de l'usage simple non pathologique à un usage pathologique conduisant à une dépendance physique et/ou psychique avec l'apparition des signes suivants :

- Un syndrome de sevrage, qui est défini dans la CIM-10 comme un ensemble de symptômes qui se regroupent de diverses manières et dont la gravité est variable ; ils surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et habituellement prolongée ou massive. L'installation et l'évolution du syndrome de sevrage sont limitées dans le temps et dépendent de la nature et de la dose de la substance consommée immédiatement avant l'arrêt ou la réduction de la consommation.
- Une tolérance au produit, qui est le besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou la diminution de l'effet procuré pour une même intensité ou fréquence,
- Le craving : qui est l'envie irrésistible du produit, l'urgence à consommer le produit ou l'impossibilité de différer la prise de celui-ci.

L'addiction à une substance peut-être décrite par l'existence d'une dépendance physique, psychologique et sociale, d'une envie puissante, compulsive d'utiliser cette substance, de difficultés à en contrôler les prises, d'un comportement de recherche de cette substance avec envahissement progressif de la vie courante.

L'OMS dans la CIM-10 et l'Association Américaine de Psychiatrie dans le DSM-IV puis le DSM-V ont établi des critères diagnostics précis afin de bien différencier ce qui est de l'ordre de la dépendance de ce qui ne l'est pas. Ainsi la CIM-10 et le DSM-IV différencient l'usage nocif ou abus à la dépendance à une substance (tableaux 1 et 2), tandis que le DSM-V les réunit sous le terme « trouble de l'utilisation de substance » (tableau 3).

Tableau 01 : Critères de l'usage nocif du CIM-10

Critères diagnostiques de l'usage nocif de l'OMS selon le CIM-10
Présence d'au moins une des manifestations suivantes :
1. Preuves manifestes que l'utilisation d'une substance psychoactive a entraîné (ou a contribué de façon significative à) la survenue de troubles psychologiques ou physiques, y compris une altération du jugement ou des troubles du comportement, pouvant être à l'origine d'une incapacité ou d'une altération des relations interpersonnelles.
2. La nature des conséquences nocives doit être clairement identifiée (et précisée).
3. Utilisation continue de substances psychoactives pendant au moins un mois ou de façon répétée au cours des 12 derniers mois.
4. Le trouble ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental ou d'un autre trouble du comportement, lié à la même substance pendant la même période (à l'exception d'une intoxication aiguë).

Tableau 02 : Critères de la dépendance du CIM-10

Critères diagnostiques de la dépendance de l'OMS selon le CIM-10
Au moins trois des manifestations suivantes présentes en même temps au cours de la dernière année :
1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau d'utilisation)
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Tableau 03 : Critères du trouble lié à l'usage de substance du DSM5

Critères diagnostiques du trouble lié à l'usage de substance selon le DSM5
<p>Présence d'au moins 2 des 11 critères suivants au cours des 12 derniers mois :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Consommation de la substance en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.2. Envie persistante d'utiliser la substance, ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler cette utilisation.3. Mobilisation d'une grande quantité de temps pour se procurer la substance, l'utiliser ou récupérer de ses effets.4. État de manque se traduisant par une puissante envie ou un besoin irrésistible d'utiliser la substance, craving.5. Utilisation répétée de la substance, qui conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.6. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux récurrents, causés ou exacerbés par les effets de cette substance.7. Abandon ou réduction d'activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes à cause de l'utilisation de la substance.8. Utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.9. Poursuite de l'utilisation tout en sachant que celle-ci peut provoquer un problème psychologique ou physique, ou exacerber un problème existant.10. Apparition d'une tolérance, caractérisée par :<ol style="list-style-type: none">a) Un besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir l'intoxication ou l'effet désiré ;b) Un effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de cette substance.11. Sevrage se manifestant par:<ol style="list-style-type: none">a) L'apparition d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, à l'arrêt ou à la réduction de son utilisation ;b) la nécessité d'utiliser la substance elle-même ou une substance très proche pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Le trouble de l'utilisation de substance est défini par le DSM-V comme un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins 2 manifestations parmi un ensemble de critères, au cours d'une période de douze mois. La sévérité du trouble est basée sur le nombre de critères rencontrés : 2-3 critères indiquent un trouble léger ; 4-5 critères, un trouble modéré, et 6 ou plus, un trouble sévère.

2.3. ADDICTION COMPORTEMENTALE

Les addictions sans substance ou addictions comportementales sont souvent perçues comme de moindre gravité par rapport aux addictions avec substances, pourtant leurs conséquences sur l'individu peuvent être très néfastes.

Elles ont rejoint relativement récemment le champ de l'addictologie avec substance depuis une vingtaine d'années de par leurs nombreux points communs. L'addiction comportementale décrit le rapport de dépendance plus ou moins aliénant entre l'individu et des pratiques, la perte d'autonomie du sujet par rapport à un comportement. Rappelons la définition de l'addiction comportementale Goodman (1990) : « processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ».

Actuellement les addictions comportementales regroupent le jeu pathologique, l'addiction à l'exercice physique, l'addiction à Internet et aux jeux vidéo, addiction au travail, addiction au sexe, les achats pathologiques. D'autres comportements peuvent s'y intégrer comme la kleptomanie, la pyromanie par exemple et encore bien d'autres dont l'apparition accompagne l'évolution de la société dans un contexte d'hyperconsommation et du développement rapide des nouvelles technologies.

Parmi ces addictions comportementales, seul le jeu pathologique fait partie des classifications internationales et est répertorié dans le DSM-V parmi les troubles liés à une substance et addictifs « Substance-Related and Addictive Disorders », et un trouble de l'hypersexualité est décrit dans le DSM-V.

Ainsi, de par leur grande variabilité les addictions comportementales ne sont pas négligeables dans la population comme le montre ces prévalences, toujours difficiles à évaluer du fait de l'absence de consensus pour des critères diagnostiques précis, hormis pour le jeu pathologique :

- Le jeu pathologique compterait en France un million de joueurs à risque modéré soit 2,2% de la population, et 200 000 joueurs dépendants soit 0,5% de la population (Costes et al., 2014).
- L'addiction au sexe est évaluée à environ 6% de la population dont 80% d'hommes (Kafka, 2010).

- On retrouve le même chiffre d'environ 6% pour les achats compulsifs avec une surreprésentation féminine 90% (Müller et al. 2015).
- L'addiction à l'exercice physique : serait de l'ordre de 3%, estimation plus aléatoire du fait d'une grande variabilité des tests diagnostiques.
- Il en est de même pour l'addiction au travail estimée entre 8 et 13%, chiffre pouvant varier fortement selon la culture, le pays et le type de travail bien entendu.

2.3.1. Critères diagnostiques relatifs aux dépendances comportementales

Goodman fût le premier en 1990 (Griffiths, 1997) à établir des critères diagnostiques pour décrire avec précision une addiction comportementale (tableau 4). Il s'est basé sur les critères du DSM-III-R de diagnostic « de dépendance aux substances psychoactives » et du « jeu pathologique », en vigueur à l'époque, et les regroupa au sein d'une même entité nosologique qu'il nomma « trouble addictif ».

Ces critères regroupent donc une composante de pharmacodépendance et une composante comportementale, insistant sur la dépendance d'une part et sur la compulsion d'autre part. Goodman rappelle que « ce n'est pas le type de comportement, sa fréquence ou son acceptabilité sociale qui déterminent s'il est ou non une addiction, mais c'est comment ce mode de comportement est relié et affecte la vie de l'adulte, selon les critères diagnostiques spécifiés ».

Aujourd'hui encore ses critères font référence au sein de la communauté scientifique même si ceux-ci n'ont pas rejoint le DSM-V concernant les addictions comportementales en tant qu'une seule et même entité.

Par ailleurs Griffiths (1997) propose ses propres critères diagnostiques (tableau 5). On y retrouve les notions de tolérance, de sevrage, de manque, de retentissements néfastes psychiques et sociaux notamment. Dans sa démonstration Griffiths distingue la dépendance comportementale passive (par exemple, à la télévision) et la dépendance comportementale active (par exemple, aux jeux vidéo).

Tableau 04 : Critères d'inclusion du trouble addictif selon Goodman

Critères d'addiction de Goodman (1990)
<p>A: Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser un type de comportement.</p> <p>B: Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.</p> <p>C: Plaisir ou soulagement pendant sa durée.</p> <p>D: Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.</p> <p>E: Présence d'au moins 5 des 9 critères suivants:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation,2. Intensité et durée des épisodes, plus importantes que souhaitées à l'origine,3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement,4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre,5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales,6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement,7. Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent, d'ordre social, financier, psychologique ou physique,8. Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité,9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement, <p>F: Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.</p>

Tableau 05 : les 6 critères diagnostiques de l'addiction comportementale selon Griffiths

Critères diagnostiques de l'addiction comportementale de Griffiths
<ol style="list-style-type: none">1. <u>Prépondérance</u> : L'activité particulière devient l'activité la plus importante dans la vie de la personne. Elle domine ses pensées (préoccupations et distorsions cognitives), ses sentiments (ex.: sentiment de manque) et ses comportements (détérioration des comportements socialisés).2. <u>Modification de l'humeur</u> : Est une conséquence de l'adoption de l'activité et peut être une stratégie de coping (excitation, surexcitation, sentiment d'évasion).3. <u>Tolérance</u> : La durée de l'activité doit augmenter pour obtenir une satisfaction.4. <u>Symptômes de sevrage</u> : État de sensations déplaisantes (ex.: humeur dépressive, irritabilité) et/ou des effets physiques déplaisants (ex. : tremblements).

5. Conflits : Conflits interpersonnels (entre le dépendant et l'entourage de celui-ci) ou conflits intrapsychiques (entre la volonté de ne pas céder aux tensions causées par la dépendance à l'activité et le besoin psychologique de s'adonner à l'activité).
6. Rechute : La tendance à retourner aux habitudes liées à l'activité après une période d'abstinence ou de contrôle de la dépendance comportementale

2.3.2. Caractéristiques communes aux addictions avec substance

Les addictions avec et sans substance présentent de nombreuses caractéristiques communes, que ce soit sur le plan clinique ou sur le plan neurobiologique. Sur le plan clinique on retrouve en commun le craving, la perte du contrôle et la poursuite du comportement ou de la consommation du produit malgré les conséquences néfastes. D'une manière générale les critères diagnostiques de l'addiction comportementale sont présents pour les addictions avec substances.

Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes dans les deux types d'addiction : syndrome dépressif, troubles obsessionnels compulsifs, troubles bipolaires, anxiété sociale, addictions à d'autres substances ou comportements. Quant au domaine psychopathologique, des troubles de la personnalité sont souvent présents avec une prépondérance pour les traits de personnalité psychopathique, la recherche de sensations, l'alexithymie, l'impulsivité.

Au niveau cérébral, l'activation du système de récompense avec libération de dopamine est constamment retrouvée comme nous le verrons ci-dessous.

Le point commun le plus important est la perte d'autonomie vis à vis du produit ou du comportement, et la souffrance dont est atteint le sujet qui en découle, car ce qui conduit avant tout l'initiation thérapeutique est cette souffrance.

2.3.3. Particularités

La principale différence entre les addictions avec ou sans substance est par définition la présence ou non d'un produit qui va agir directement sur les voies neurologiques et les récepteurs au niveau cérébral.

Ainsi dans l'addiction comportementale il n'y a pas à proprement parlé d'effet pharmacologique, donc il ne peut pas y avoir de syndrome de sevrage d'un point de vue physiologique. Si des phénomènes de sevrage apparaissent comme dans le cas de certaines addictions comportementales, il s'agit de signes de dépendance psychique et non physique.

2.4. L'ADOLESCENCE : PÉRIODE À RISQUE

L'adolescence correspond à la période du passage de l'enfance à l'âge adulte et constitue pour la société une réponse à la puberté. Il est admis que l'adolescence débute aux alentours de 12 ans pour finir vers 18-20 ans. Pour l'OMS l'adolescence va de 10 à 19 ans. Cette période apparaît comme à risque d'addictions, de comportements à risques du fait d'une plus grande vulnérabilité du sujet adolescent. En effet l'adolescence est une étape charnière, de bouleversements hormonaux, physiques psychiques et sociaux, grande source d'anxiété et de mal être. Le comportement addictif va parfois servir d'auto médication pour soulager les tensions internes et les contradictions internes accentuées à cette période.

Par conséquent, l'adolescent va être pris entre son désir d'autonomie, de liberté, de découverte et de conquête du monde d'une part, et son besoin affectif de la part de ses proches, de ses pairs, de la reconnaissance de ceux-ci et son besoin d'appartenance à un groupe d'autre part, sans oublier la dépendance financière et le confort matériel vis à vis de la famille. L'adolescent est donc pris entre une volonté d'indépendance et une dépendance affective et matérielle ; source de conflits et de sentiment d'insécurité interne.

La plupart des adolescents affronte cette période de recherche de Soi, d'affirmation de leur personnalité sans heurt, mais pour d'autres la situation est plus problématique et cette contradiction entre désir d'autonomie et dépendance de fait devient insoutenable. L'addiction peut alors apparaître comme la solution à leurs problèmes et soulager cette tension interne qui les envahit, par des comportements qu'ils pensent maîtriser.

L'adolescence est aussi une période où l'estime de soi est mise à rude épreuve de par une transformation corporelle et une sexualisation que le sujet ne choisit pas mais qui s'imposent à lui.

L'adolescent est un individu sur la brèche, déstabilisé donc plus vulnérable aux aléas environnementaux et aux influences sociales bénéfiques pour lui ou néfastes. Il doit construire sa personnalité, éprouver les limites de son corps et celles de ses proches, trouver sa place dans la société, abandonner le statut d'enfant roi pour celui de futur adulte avec des responsabilités et suscitant des attentes. Il sera plus susceptible d'adopter des comportements à risques, pour se tester et aussi pour s'affirmer et provoquer une réponse. D'autres adolescents se sentent incapables de répondre aux attentes placées en eux et la pression de l'entourage voir de la société en est trop lourde. Ils peuvent alors chercher la fuite, et l'apaisement dans des mondes virtuels de drogues ou de comportement à risques avec marginalisation.

Par ailleurs le cerveau adolescent est encore en construction. Le système de contrôle des impulsions est immature et les circuits cérébraux dévolus au contrôle des impulsions ne seront définitifs qu'à l'entrée à l'âge adulte. Il est donc normal qu'un adolescent soit impulsif et ait du mal à se contrôler ; sans que cela ne soit qualifié de comportement addictif. Cependant cette immaturité cérébrale et cette difficulté au contrôle des impulsions représentent une vulnérabilité supplémentaire, surtout s'il s'agit de substances ou d'activités addictogènes.

Parfois cette période constitue une véritable crise d'adolescence pathologique lorsque les carences affectives et éducatives de l'entourage ne permettent pas l'écoute, le rôle de guide, l'apport d'affection encore plus nécessaire lors de cette période de profondes instabilités. L'adolescent s'installe alors dans une passivité avec de possibles complications psychiatriques qui vont s'installer, ou alors la souffrance qu'il endure le conduit à des réactions violentes, à des passages à l'acte, et parfois à la prise de substances psychoactives de manière répétée.

2.3. MODÈLES FAMILIAUX SYSTÉMIQUES ET CONDUITES ADDICTIVES

2.3.1. Le modèle de différenciation intrafamiliale

À partir d'observations cliniques, Bowen (1978) a développé un modèle familial mettant l'accent sur les processus de différenciation et les échanges émotionnels familiaux. La différenciation de soi serait une fonction fondamentale acquise par l'individu dans son contexte émotionnel familial et constituerait un déterminant clé au développement des

pathologies addictives (Bowen, 1978 ; Kerr & Bowen, 1988). Pour Kerr et Bowen (1988), la différenciation de soi correspond à la capacité d'une personne à se séparer physiquement et émotionnellement de sa famille d'origine et influe directement sur les comportements émotionnels et relationnels de l'individu. Le concept de différenciation de soi peut être envisagé à la fois au niveau du fonctionnement cognitif et interpersonnel du sujet (Johnson & Waldo, 1998 ; Kerr & Bowen, 1988). Au niveau cognitif, elle renvoie à la réactivité émotionnelle et correspond à la capacité de l'individu à réguler les réponses émotionnelles intenses. Au niveau interpersonnel, elle correspond à la capacité du sujet à établir une intimité émotionnelle dans les relations interpersonnelles sans se conformer de façon permanente aux attentes, aux pensées et aux émotions d'autrui. Les individus ayant des comportements addictifs présenteraient un faible degré de différenciation de soi et des difficultés à se séparer émotionnellement de leur famille d'origine (Kerr & Bowen, 1988). Les comportements sont principalement régulés par les fluctuations continues des perceptions émotionnelles, par une réactivité émotionnelle intense et par une augmentation de la détresse psychologique (Johnson & Buboltz, 2000 ; Kerr & Bowen, 1988). Bowen (1978) identifie plusieurs transactions émotionnelles familiales typiques inhibant le développement de la différenciation de soi. Le climat émotionnel familial est caractérisé par un état de tension ou de stress persistant et par des dysfonctionnements conjugaux. Les dysfonctionnements conjugaux correspondent soit à des conflits ouverts et permanents, soit à une distance émotionnelle et un évitement des contacts entre les conjoints.

Ils conduiraient à la mise en place d'un triangle émotionnel procédant à l'implication de l'enfant dans le sous-système émotionnel parental et à une projection des tensions et de l'anxiété sur celui-ci. L'existence de ce type de triangle émotionnel aboutit à un effondrement des frontières intergénérationnelles inhibant le processus de différenciation émotionnelle entre les parents et l'enfant (Charles, 2001). Bowen (1984) décrit par ailleurs une transmission multigénérationnelle du degré de différenciation de soi, des processus de triangulation interpersonnelle et de projection émotionnelle. L'amplification du degré d'indifférenciation au cours des générations aurait des conséquences délétères pour la santé émotionnelle du sujet. En effet, le développement d'un faible degré de différenciation de soi susciterait des difficultés d'adaptation aux changements environnementaux et aux situations anxiogènes et serait caractéristique du développement de conduites addictives (Kerr & Bowen, 1988 ; Papero, 1995). La théorie bowenienne des systèmes familiaux permet ainsi de définir les symptômes en termes de processus émotionnels familiaux et d'insister sur la fonction

adaptative de la différenciation du soi dans le développement affectif du sujet. À côté de ce modèle familial général de l'addiction, l'intégration des troubles alimentaires au champ de la psychosomatique va permettre la description d'autres caractéristiques familiales (Minuchin et al. 1978 ; Selvini-Palazzoli et al. 1990).

2.3.2. Le modèle familial structural

À partir d'observations cliniques, Minuchin et al. (1978) ont développé un modèle typologique décrivant les composantes individuelles du processus psychosomatique et des troubles alimentaires comme des phénomènes émergeant de l'organisation familiale. Certains processus familiaux constitueraient un contexte de vulnérabilité pour l'apparition et le maintien des symptômes de l'enfant, celui-ci contribuant par son symptôme à la persistance des dérèglements familiaux. Le modèle structural identifie quatre caractéristiques transactionnelles typiques des processus familiaux qui encouragent la somatisation (Minuchin et al. 1978 ; Minuchin & Fishman, 1981) :

- l'enchevêtrement : c'est une forme extrême de proximité et d'intensité qui peut être observé dans les interactions familiales. Les frontières entre les sous-systèmes intergénérationnels parents/enfants sont peu marquées et témoignent d'une intrusion permanente des espaces physiques et surtout psychoaffectifs ;

- la surprotection : elle correspond à une attention excessive au bien-être de l'autre et une hypersensibilité aux signaux de détresse et de tensions interpersonnelles. Les membres de la famille témoignent d'attitudes sacrificielles au bénéfice de l'assouvissement des besoins d'autrui ;

- l'absence de résolution des conflits : l'enchevêtrement, la surprotection et la rigidité engendrent un seuil de tolérance aux conflits extrêmement faible. L'absence de résolution conflictuelle est identifiée sous deux formes relationnelles différentes : la première correspond à un évitement conflictuel répété impliquant une impasse et une tentative de déni des conflits familiaux. La seconde se caractérise par un état de conflit permanent impliquant le maintien de zones conflictuelles irrésolues et la constitution d'alliances familiales. Enfin, le consensus et l'harmonie sont surinvestis suite à l'incapacité du groupe familial à tolérer les différences ;

- la rigidité : le groupe familial témoigne d'une faible capacité d'adaptation aux modifications internes issues de l'évolution développementale du système, et aux changements introduits par les échanges avec l'extérieur. Une telle rigidité aux changements

engendre des conséquences délétères lors des modifications inaugurées par l'adolescence, celle-ci procédant à une exacerbation de l'autonomie et des mécanismes de différenciation interpersonnelle.

Ce type de schéma familial forme ainsi un système tourné sur lui-même favorisant l'intensification du sentiment d'appartenance et l'inhibition des processus d'individuation et de différenciation interpersonnelle (Bachner-Melman, 2003 ; Minuchin et al., 1978). Par ailleurs, ces formes d'interactions utilisées préférentiellement par le système familial au détriment d'autres patterns interactionnels amènent le système à évoluer vers un mode d'organisation de plus en plus stable et rigide. Des difficultés vont surgir lorsque le système doit activer des mécanismes adaptatifs permettant une réorganisation des séquences interactionnelles : le système familial résiste aux changements en maintenant et en rigidifiant son fonctionnement qui devient stéréotypé (Jackson, 1981 ; Minuchin et al., 1978). Les comportements de dépendance deviennent alors l'agent régulateur de la stabilité interne du système familial et contribuent à renforcer ces dérèglements familiaux. Bien qu'intéressante, la modélisation structurale des dérèglements familiaux se situe dans le dogme systémique de l'équifinalité, appuyant l'idée d'une pertinence unique des modèles déterministes synchroniques. Une telle position conceptuelle ne permet pas de définir les différentes étapes d'évolution d'un système familial et implique par conséquent une vision statique des rapports entre symptôme et famille.

Enfin, les modèles de Bowen (1978) et de Minuchin et al. (1978) constituent, encore aujourd'hui, des valeurs de références dans la compréhension des processus familiaux en jeu dans les pathologies addictives et dans le travail thérapeutique auprès des familles (Cook-Darzens, 2002). Ces modèles ont eu le mérite d'initier une épistémologie interactionniste dans laquelle les comportements addictifs ne sont pas simplement une perturbation des processus internes, mais correspondent également à une perturbation des échanges entre le sujet et son environnement familial. Toutefois, ces modèles familiaux tendent à enfermer l'organisation familiale dans des schémas typologiques décrits à partir d'un modèle de normalité familiale servant de base référentielle pour mesurer l'existence de dérèglements. L'étude de ces dérèglements est uniquement basée sur des observations cliniques et descriptives, certes essentielles sur le plan thérapeutique et théorique, mais qui nécessitent des vérifications empiriques. L'apparition d'une approche quantitative va fournir des indicateurs supplémentaires pour comprendre le rôle des processus familiaux dans les conduites

addictives en intégrant l'étude du vécu interne des membres de la famille et en identifiant la nature des interactions familiales.

2.3.3. Approches empiriques des processus familiaux dans les conduites addictives

2.3.3.1. Les troubles des conduites alimentaires

Les troubles de l'autonomie constitueraient un facteur étiologique important dans l'apparition des troubles alimentaires de type restrictif ou boulimique (Bruch, 1985). La plupart des recherches montrent que les patientes présentant des troubles alimentaires ont un besoin de soutien et d'affiliation élevé (Lazerson, 1984), une focalisation sur les expériences autobiographiques familiales (Doba et al., 2008), des angoisses abandonniques et des difficultés de séparation avec leurs parents (Troisi et al., 2005 ; Wechselblatt et al., 2000). En parallèle à ces troubles de l'autonomie, certains travaux décrivent des dysfonctionnements à la fois aux niveaux des modèles éducatifs parentaux, du fonctionnement familial et des échanges émotionnels.

2.3.3.2. Satisfaction familiale et évitement du conflit

Dans les troubles des conduites alimentaires, les familles tendent à être moins satisfaites, plus en détresses et perturbées que les familles non cliniques (McDermott et al. 2002 ; Waller et al. 1989). Les relations maritales apparaissent moins satisfaisantes pour les mères de patientes ayant un trouble alimentaire que les mères de sujets ne présentant aucune symptomatologie psychiatrique (Humphrey, 1989). De la même façon, Espina et al. (2003) montrent que l'ajustement dyadique du couple est plus faible que celui des familles de populations non cliniques. Ce faible ajustement s'observe dans les systèmes familiaux caractérisés soit par un évitement conflictuel, soit par des conflits permanant induisant le maintien de zones de tensions irrésolues dans le couple (Espina et al. 2003). Ces formes de communications intrafamiliales sont décrites au moyen de tâches familiales de résolution de problèmes ou d'auto-questionnaires. Il ressort que l'évitement conflictuel est fréquemment retrouvé dans les familles de patientes anorexiques (Casper & Troiani, 2001 ; Dare et al. 1994 ; Kog & Vandereycken, 1989). L'étude de Latzer et Gaber (1998) montre des difficultés pour le groupe familial à choisir des sujets de conversations conflictuels, à les développer, à les maintenir ou encore à chercher des solutions. Les conversations familiales entre la patiente

anorexique et le couple parental se focalisent principalement autour de l'alimentation et des valeurs familiales. Les symptômes de la patiente anorexique deviennent ainsi un mode de détournement conflictuel dans la famille. Dans les troubles alimentaires de type boulimique, les études mettent en évidence des conclusions contradictoires à propos des communications familiales conflictuelles : quelques résultats ne relèvent aucune différence entre les familles de boulimiques et les familles témoins (Bulik & Sullivan, 1993 ; Dolan et al., 1990), d'autres montrent en revanche que les familles boulimiques décrivent davantage de communications familiales conflictuelles (Bailey, 1991 ; Horesh et al., 1996 ; Schmidt et al., 1993) et de réponses parentales négatives (Benninghoven et al., 2003).

2.3.3.3. Niveau de cohésion et enchevêtrement

Un second type de perturbations familiales identifiées correspond à une délimitation diffuse des frontières intergénérationnelles qui conduirait à une intrusion des espaces physiques et affectifs (Kog & Vandereycken, 1989 ; Wallin & Hansson, 1999). L'étude de Rowa et al. (2001) révèle que contrairement à leurs parents, les patientes présentant un trouble alimentaire décrivent un enchevêtrement des sous-systèmes intergénérationnels parents-enfants et identifient la présence d'un renversement des rôles mère-fille. Le déni parental constituerait un facteur de pérennisation des transgressions intergénérationnelles et de la violation des espaces psychoaffectifs. Cet enchevêtrement relationnel serait renforcé par un contrôle parental exacerbé et par des attitudes de soumission de la patiente (Humphrey, 1989 ; Laporte et al., 2001). L'enchevêtrement intergénérationnel est à distinguer de la cohésion familiale, malheureusement souvent confondus dans les études basées sur des auto-questionnaires comme la The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES)-II ou III (Olson, 1986 ; Rowa et al., 2001). En effet, l'enchevêtrement met en jeu les systèmes d'alliances intergénérationnelles et le non-respect des frontières entre les sous-systèmes familiaux, alors que la cohésion familiale renvoie au degré de proximité relationnelle et à l'intensité émotionnelle dans les relations familiales (Green et al., 1996). Ces études aboutissent à des résultats contradictoires concernant la cohésion et les capacités adaptatives du système familial : en effet quelques études ne relèvent aucune différence notable entre les familles de patientes présentant des troubles alimentaires et les familles témoins (Dare et al., 1994 ; Laporte et al., 2001 ; Worderlich & Swift, 1990), alors que d'autres montrent en revanche que les familles de patientes présentant des troubles alimentaires décrivent une plus faible adaptabilité et cohésion familiale (Lutzer et al., 2002 ; Waller et al., 1990).

2.3.3.4. Différentes représentations de la famille entre les membres

Des profils différents sont également décrits au niveau du vécu familial à l'égard de la cohésion et de la rigidité du fonctionnement familial. Les patientes présentant des troubles alimentaires perçoivent une plus grande distance relationnelle et un fonctionnement familial plus rigide que leurs parents (Cook-Darzens, 2005 ; Guttman & Laporte, 2002). Par ailleurs, Wisotsky et al. (2003) mettent en évidence que les niveaux de cohésion et d'adaptabilité familiale se répartissent en trois types de structure familiale en fonction des troubles alimentaires : 38 % montre un fonctionnement rigide (56 % anorexie, 35 % boulimie, 9 % mixte), 59 % un fonctionnement modéré (72 % anorexie, 8 % boulimie, 19 % mixte) et 3 % une organisation souple (50 % anorexie, 50 % mixte). Ces données conduisent à réfuter l'existence d'un profil familial spécifique caractérisé par des difficultés de régulation de la distance interpersonnelle et par un haut degré de rigidité interactionnelle.

2.3.3.5. Communication émotionnelle

Les dyades mère-fille sont caractérisées par l'expression d'affects négatifs et une pauvreté d'affects positifs (Lattimore et al., 2000). Les patientes perçoivent leurs parents comme rejetant et contrôlant (Chuchra et al., 2006 ; Fairburn et al., 1997 ; Rhodes & Kroger, 1992). L'observation directe des interactions familiales montre la présence de communications paradoxales dans les familles de patientes anorexiques (Humphrey, 1989). Les parents combineraient des messages intrusifs et de surprotection à des messages de rejet. Le style communicationnel des patientes anorexiques serait également sous-tendu par une ambivalence caractérisée par des stratégies de contrôle émotionnel et des comportements de soumission et d'emprise. Ce type de patterns interactionnels conduirait les patientes présentant des troubles alimentaires à éprouver intensément des angoisses de rejet, à rechercher une proximité familiale et un besoin d'approbation affective (Friedberg & Lyddon, 1996 ; Troisi et al., 2005).

Les études montrent également que les parents et les patientes ayant un trouble alimentaire perçoivent leur famille comme davantage en difficulté au niveau des réactions affectives et peu encourageante à l'expression ouverte des sentiments (Lutzer et al., 2002 ; McGrane & Carr, 2002). Ces travaux mesurent la perception des comportements de soins parentaux en utilisant soit un auto-questionnaire comme le Parental Bonding Instrument (Parker et al., 1979), soit l'Adult Attachment Interview (Main et al., 1985). Les patterns

familiaux sont caractérisés par une pauvreté de la qualité des soins parentaux, un manque d'empathie et une instabilité des comportements émotionnels (Salzman, 1997 ; Turner et al. 2005). Il existerait par ailleurs des comportements maternels intrusifs associés à un manque de protection affective et de soutien émotionnel (Rhodes & Kroger, 1992).

Dans la lignée de ces recherches, d'autres travaux évaluent les processus émotionnels familiaux à partir des échelles mesurant le niveau d'émotion exprimée. Ces travaux mesurent la perception du fonctionnement émotionnel du groupe familial par des auto-questionnaires comme le Family Environment Scale (Moos & Moos, 1976) et le Family Assessment Device (Epstein et al. 1983). Les résultats montrent une inhibition familiale de l'expression émotionnelle et un faible niveau de criticisme (Dare et al. 1994 ; Hodes et al. 1999).

Enfin, certains travaux ont permis de mettre en évidence des types de fonctionnement familial en fonction de la symptomatologie alimentaire. Par exemple, les échanges familiaux seraient plus perturbés et moins satisfaisants dans les troubles alimentaires de type boulimique et mixte que dans les troubles alimentaires de type restrictif (Dancyger et al. 2005 ; Schmidt et al. 1993). Les études décrivent une distance et des transactions conflictuelles plus marquées dans les familles de patientes boulimiques que dans les familles de patientes anorexiques ou mixtes (Casper & Troiani, 2001 ; Kog & Vandereycken, 1989).

2.3.4. Les conduites de dépendance aux substances

De nombreuses études épidémiologiques ont permis de mesurer l'ampleur de l'utilisation des substances par les adolescents (Choquet & Ledoux, 1994). Au-delà de la mesure de la consommation de ces substances, quelques études épidémiologiques ont identifié des caractéristiques des conduites de consommation à l'adolescence (Beck et al. 2007 ; Kandel et al. 1992). Elles ont montré que l'usage d'une substance est rarement isolé et s'accompagne fréquemment d'autres substances tels que le tabac, l'alcool ou le cannabis et peut évoluer vers des conduites de dépendance. C'est pourquoi nous traiterons des conduites de dépendance aux substances indépendamment du produit consommé. Les recherches actuelles sur les facteurs familiaux susceptibles d'induire un risque accru d'abus ou de dépendance aux substances à l'adolescence se sont orientées d'une part sur l'influence des conduites addictives parentales et d'autre part sur l'influence de la structure et du fonctionnement familial (Ratti et al. 1996). On peut ainsi identifier certaines caractéristiques des fonctionnements familiaux dans les familles d'adolescents dépendants aux substances.

2.3.4.1. Structure familiale

Un ensemble de données montrent que les enfants de parents dépendants aux substances psychoactives ou à l'alcool ont un risque accru de développer des conduites addictives à l'adolescence ou à l'âge adulte (Chassin et al. 1993 ; Merikangas et al. 1998). Boyd et al. (1999) observent que les adolescents avec des antécédents parentaux de dépendance développent des conduites de dépendance aux substances plus sévères que les adolescents sans antécédents parentaux. Ce risque de transmission familiale pourrait être de nature comportementale en mettant en jeu des mécanismes d'apprentissage à travers l'observation de modèles parentaux (Kandel & Andrews, 1987). Par ailleurs, les conduites de dépendance des parents engendreraient des dysfonctionnements familiaux comme un étayage familial défaillant (Newcomb, 1997), des comportements de négligence ou des situations de maltraitance (Famularo et al. 1992), des renversements de rôle avec une parentification et une augmentation des conflits ou des violences conjugales (Leonard & Quigley, 1999).

2.3.4.2. Rupture familiale

Une autre voie d'explication des prédispositions familiales concerne le rôle des situations de rupture familiale précoce et de divorce dans le développement des conduites d'abus et dépendance aux drogues ou à l'alcool chez les adolescents (Eitle, 2005 ; Veijola et al. 2008). Les adolescents vivant dans les familles composées des deux parents ont un risque moins élevé de développer des conduites d'abus et de dépendance aux substances que les adolescents vivant dans des familles monoparentales (Ellickson et al. 2001) ou dans des familles recomposées (Hoffman et Johnson, 1998). L'impact délétère des ruptures familiales serait majoré par la qualité des relations familiales telle qu'un support parental déficient, une discipline parentale permissive (Adlaf et Ivis, 1996), des situations familiales conflictuelles (Knight et al. 1995) et l'existence de pathologies addictives parentales (Merline et al. 2008).

2.3.4.3. Conflictualité

D'autres facteurs familiaux, comme la mésentente familiale, favorisent le développement des conduites de dépendance à l'alcool et aux drogues, et influencent l'évolution de la dépendance ou le risque de rechute. L'existence de situations familiales conflictuelles sont des facteurs prédictifs du risque de dépendance à l'alcool ou aux drogues à

l'adolescence (Bhatia et al. 1998 ; Godley et al. 2005) et influencent la qualité de vie du patient (Karow et al. 2008). Les relations conflictuelles sont également associées à des situations de violence dans les familles de patients dépendants aux drogues (Bader et al. 2004). Le repérage des caractéristiques familiales associées à un pronostic défavorable des conduites de dépendance aux drogues indique qu'un niveau élevé de critiques hostiles exprimées par les parents à un impact délétère sur l'évolution de la dépendance aux drogues et augmente le risque de rechute (Karow et al. 2008 ; Watts, 2008). Les membres des familles de patients dépendants aux substances ont davantage de réactions émotionnelles négatives que les familles de patients présentant une pathologie psychiatrique et attribuent la responsabilité de l'état de dépendance au patient (Niv et al. 2007). Quelques études décrivent le rôle majeur des conflits familiaux dans l'évolution des dépendances en montrant une évolution conjointe entre l'amélioration des conflits familiaux et la diminution de la sévérité de la dépendance aux drogues (Hogues et al. 2006 ; Knight & Simpson, 1996).

2.3.4.4. Dépendance interpersonnelle

Un autre champ de recherche sur les prédispositions familiales concerne l'identification des processus relationnels d'individuation et de dépendance interpersonnelle au sein du système familial. La dépendance interpersonnelle est définie comme un ensemble de pensées, de croyances, de sentiments et de comportements dans les relations interpersonnelles avec des proches ou des personnes estimées (Blatt & Zuroff, 1992 ; Hirschfeld et al. 1977). Elle renvoie au niveau de dépendance affective interpersonnelle, de manque de confiance en soi et d'affirmation de l'autonomie. Les recherches dans ce domaine montrent qu'il existe un faible niveau de différenciation interpersonnelle et des difficultés à se séparer émotionnellement du groupe famille à la fois chez les adolescents présentant des conduites de dépendance à l'alcool ou aux drogues (Thorberg & Lyvers, 2006). Un sentiment d'incompétence et une faible estime de soi sont observés chez les patients dépendants aux drogues (Chassin et al. 1999 ; Ratti et al. 1996) et chez leurs parents (Nandrino et al. 2006). Corcos et al. (2008) mettent en évidence l'importance d'une dimension dépressive de type autocritique associée à une faible estime de soi, à la peur de l'échec et à la culpabilité dans les conduites addictives. Les patients dépendants aux drogues décrivent également des troubles de l'autonomie (Bell et al. 2000 ; Chassin et al. 1999 ; Stanton, 1978) et des angoisses abandonniques (Kassel et al. 2007). Stanton (1978) met en évidence une pratique éducative symbiotique entre les patients toxicomanes et leurs mères impliquant une marginalisation ou

une disqualification des pères dans l'éducation. Ce type de pattern éducatif favoriserait les liens de dépendance dyadique intrafamiliale et inhiberait le processus d'individuation. Ces difficultés de séparation constituent ainsi une forme d'interaction prédominante dans les familles avec un jeune souffrant de dépendance aux substances mais aussi au niveau intergénérationnel (entre les parents et les grands-parents) (Bader et al. 2004). Dans ce contexte familial de dépendance interpersonnelle, les échanges familiaux seraient plus perturbés et moins satisfaisants dans ces familles que dans les populations non cliniques (Lorber et al. 2007).

2.3.4.5. Perception du soin parental

Un autre champ d'étude des processus familiaux basé sur une approche développementale concerne les modèles éducatifs et la qualité des soins parentaux. Les patients dépendants aux drogues percevraient une pauvreté des liens d'attachement à leurs parents (Henry, 2008 ; Kostelecky, 2005) et un faible soutien social parental (Godley et al. 2005 ; Wills et al. 2004). Parker et Benson (2004) montrent que la présence d'un haut niveau de soutien parental augmente l'estime de soi et diminue le risque de consommation de drogues chez l'adolescent. De la même façon, une série de travaux a examiné le niveau de contrôle parental permettant de promouvoir chez l'adolescent des conduites conformes aux impératifs scolaires et sociaux tels que se conformer aux règles, imposer des limites et s'intéresser au vécu de l'adolescent dans sa vie scolaire, sociale et amicale (Putnick et al., 2008). L'existence d'un faible niveau de supervision parentale est fréquemment observée dans les familles de patients présentant des conduites d'abus et de dépendance aux drogues ou à l'alcool (Martin et al. 2008). Un faible niveau de supervision parentale constitue ainsi un facteur de vulnérabilité à l'exposition des groupes de pairs déviants initiant la prise de produits et des conduites de délinquance. Guo et al. (2001) indiquent qu'une définition claire des rôles familiaux associée à une supervision parentale diminue le risque d'abus et de dépendance aux drogues et à l'alcool chez l'adolescent.

D'autres travaux ont mesuré la perception des comportements de soins parentaux par des auto-questionnaires comme le Parental Bonding Instrument (Parker et al. 1979) ou le Personal Authority in the Family System (Pinheiro et al. 2006). Il ressort que les patients dépendants aux drogues perçoivent un haut niveau de contrôle parental associé à des situations de négligence émotionnelle et à une pauvreté des comportements de soins parentaux (Hyman & Garcia, 2006 ; Toressani, 2000). Les patients toxicomanes perçoivent

ainsi leurs parents comme froids, indifférents, contrôlant et intrusifs (Schweitzer & Lawton, 1989). Ces observations sont concordantes avec les résultats issus des observations directes des comportements parentaux démontrant la présence de messages disqualifiant et rejetant (Ratti et al. 1996). Il existe par ailleurs des comportements de soins différents entre les parents : les mères ont des comportements autoritaires, de surprotection et de rejet mais l'absence de chaleur affective et les comportements de rejet sont amplifiés chez les pères (Andersson & Eisemann, 2003).

2.3.4.6. Niveau de cohésion et enchevêtrement

D'autres aspects de l'environnement familial ont été étudiés et plaident en faveur de dérèglements des processus interactionnels et émotionnels dans les dépendances aux substances. En effet, les études ont décrit des processus de triangulation procédant à l'implication de l'adolescent dans les relations conjugales des parents (Pinheiro et al. 2006), des frontières intergénérationnelles enchevêtrées et un fonctionnement rigide ou à l'inverse des frontières désengagées et un fonctionnement chaotique (Luthar & Suchman, 1999 ; McMahan & Luthar, 1998).

En revanche, les mesures sur le niveau de cohésion familiale (mesuré par la FACES-II ou III) sont homogènes et montrent une pauvreté des échanges et une distance émotionnelle dans ces familles d'adolescents dépendants à l'alcool (Barry & Fleming, 1990), à l'héroïne (Lorber et al. 2007) ou au cannabis (Godley et al. 2005). Par exemple, l'étude de Godley et al. (2005) montre qu'un faible niveau de cohésion familiale prédit les situations d'abus ou de dépendance au cannabis et constitue une cible thérapeutique majeure. Les résultats indiquent par ailleurs que le niveau de cohésion familiale (mesuré par la FACES-II) prédit la sévérité des symptômes addictifs (mesuré par The Addiction Severity Index [ASI]) (Costantini et al. 1992) et les rechutes (Friedman, 1991).

Ainsi, un ensemble de données empiriques semble aller dans le sens d'une perturbation des soins parentaux et des échanges familiaux dans le développement et le risque de rechute des conduites de dépendance aux drogues. Quelques études insistent sur une répétition intergénérationnelle de ces processus familiaux qui constituerait un facteur de vulnérabilité au développement ultérieur de conduites addictives chez l'adolescent (Chassin et al. 2004). À côté des données neurobiologiques et génétiques, ce type de processus familial intergénérationnel pourrait expliquer en partie le cycle récurrent des conduites addictives fréquemment observé.

CHAPITRE 3 : APPROCHES THEORIQUES DE LA RECHERCHE

Ce chapitre est celui dans lequel seront exposées les théories qui feront l'objet de notre support analytique. En effet, la théorie permet de donner un sens aux observations faites sur le terrain. Dans le cadre de cette recherche, nous avons fait usage de trois modèles d'approches notamment les approches théoriques des addictions, les modèles familiaux systémiques et les approches empiriques des processus familiaux dans les conduites addictives.

3.1. LES DIFFÉRENTES APPROCHES DES ADDICTIONS

La compréhension psychologique du model addictif doit permettre de proposer des modèles théoriques en psychologie, expliquant le processus à l'œuvre dans la dépendance. Les modèles pharmacologiques reposant notamment sur l'implication de la dopamine dans l'activation des systèmes de récompense mésolimbiques, ne permet pas d'expliquer toutes les situations addictives, et on demeure fort loin de comprendre ce qui constitue dans le cerveau, un processus de dépendance.

Les dépendances constituent un phénomène soumis à un déterminisme social et culturel. Mais, au-delà des considérations sociales, il est possible de repérer dans le processus addictif, une logique de résolution inadéquate d'un problème interne ou externe relevant du champ de la psychologie. D'une façon schématique, il est possible de repérer six modèles psychologiques susceptibles de rendre compte de la dépendance : le modèle cognitivo-comportemental, le modelé biopsychosocial, le modelé de recherche de sensations, la théorie du renversement psychologique, le modèle de gestion hédonique et la théorie générale des addictions.

3.1.1. Le modèle cognitivo-comportemental

L'approche théorique des comportementalistes repose sur le principe de l'apprentissage et sur les études de traitement de l'information, conscient ou inconscient par notre pensée. Elle recoupe trois domaine de l'existence : le comportemental, le cognitif et l'émotionnel.

Le domaine comportemental s'inspire des travaux du physiologiste russe Pavlov (1849-1936). Selon cet auteur, un stimulus entraîne une réponse. Un stimulus conditionné entraîne une réponse conditionnée. En pratique, le matériel d'injection, une boîte d'allumette et, aussi bien certains lieux associés à la consommation de drogue vont, si le sujet y est confronté, induire une réponse qui sera le comportement toxicomane. Par exemple, un stimulus conditionnel allumettes peut être annonciateur d'un stimulus conditionnel cigarette qui déclenche toujours la réponse conditionnelle : fumer. Cela explique qu'une période d'abstinence fort prolongée puisse être suivie d'une rechute, lorsque certains stimuli agissent associés à la drogue.

Les théories cognitives quant à elles insistent sur le fait que l'interaction entre les événements et le cerveau engendrent des informations qui sont traitées et emmagasinées à long terme. Le cerveau utilise celles-ci régulièrement, en fonction des situations nouvellement rencontrées, hors de la volonté et hors de la conscience. Des actes, des situations ou des émotions semblent à ceux qui furent initialement à la base de la mémorisation viennent à nouveau activer ces savoirs acquis, qui sont réutilisés et éventuellement « réactualisés » par le cerveau : le psychologue évoque à ce titre une phase initiale d'assimilation et des épisodes ultérieurs d'accommodation des processus cognitifs. Dans ce modèle, le sujet est actif, car ses structures cognitives, même de façon inconsciente, donne sens au vécu, métabolise les informations en représentations internes, en images capables de déclencher ou de maintenir des comportements, selon les types de personnalité. Une reconstruction de ces schémas est à la base du traitement des addictions par thérapie cognitivo-comportementale, étant entendu que chaque comportement addictif est singulier, car lié à l'histoire propre du sujet chez lequel il se manifeste.

3.1.2. Le modèle biopsychosocial

Ce modèle est dû aux travaux de Peele qui a développé entre les années 1975 et 1985 un modèle extensif de dépendance, intégrant à la variable psychologique la variable sociologique. A ses yeux, l'addiction découle de la vie même du sujet dépendant et de ses problèmes. Elle constitue une stratégie pour résoudre une situation douloureuse, un échec qui constamment, le font douter de sa capacité à réussir au plan personnel et social. Le sujet addicté finit par se détourner de tout autre centre d'intérêt et s'avère incapable de ne plus réaliser le geste addictif. La dépendance est donc une satisfaction substitutive dont le pouvoir renforçateur est puissant. Mais le fait d'être devenu dépendant modifie le sentiment d'estime

de soi du sujet dans un sens négatif en le confrontant à un paradoxe : répéter le geste addictif pour tenter d'en limiter l'incidence négative. L'addiction abolit le constat de défaillance (satisfaction substitutive), mais en même temps le majeure (perte d'estime de soi).

Face à une situation critique de l'existence, à une période de la vie n'offrant aucune option positive ou dans un contexte privé de soutien social et/ou familial l'expérience de la dépendance permet d'organiser la vie du sujet, structure son temps et propose des sensations attrayantes et prévisibles. Pour Peele, l'addiction est avant tout un mal de la « socialité » : le développement des conduites addictives découlent de l'introversion des individus, de l'égoïsme et de l'individualisme. Le contrôle de soi, l'estime de soi, la possibilité de s'accomplir, développer des compétences constituent autant de valeurs protectrices. L'individu est donc non une simple entité biologique, mais l'acteur de sa propre socialisation, l'inlassable chercheur de son propre sens et d'une cohérence intérieur qui, seule peut lui permettre d'échapper à une forme ou une autre de dépendance. Le model de Peele permet de dépasser le model médical de la dépendance en mettant en lumière l'importance des facteurs non biologiques des addictions (culturels, sociaux, situationnels, ritualistes, développementaux, cognitifs et de personnalité) qui leur enlèvent leur caractère inéluctable.

3.1.3. L'approche psychobiologique

Cette approche découle des travaux de Zuckerman sur la recherche des sensations. D'une façon schématique Zuckerman postule que les personnes avides de sensation ont un taux peu élevé d'activation catécholaminergique lorsqu'elles ne sont pas stimulées, et qu'elles vont donc rechercher, de façon plus ou moins compulsive des substances ou des comportements capables d'augmenter cette activité neurobiologique (la nicotine est connue pour agir ainsi et donner lieu à la dépendance).

Des données neurobiologiques (taux d'hormones gonadiques, d'endorphines, de catécholamine) déterminent chez les sujets *high sensation seekers* (HSS, opposé à *lower sensation seekers* LSS), un bas niveau d'activation cérébral qui génère ennui et malaise. Aussi, les sujets de type HSS ont-ils tendance à rechercher les sensations et les stimulations fortes afin d'élever de façon agréable leur niveau d'activation cérébral. Cette recherche de sensations peut passer par la consommation abusive de substances psychotropes ou par des comportements compulsifs, ou encore par des prises de risques qui provoquent

secondairement des effets psychotropes. Des recherches ont montré les liens entre la recherche de sensation forte et l'impulsivité, l'agressivité, l'exhibitionnisme et l'extraversion.

3.1.4. Le model du renversement psychologique

Ce modèle doit son expansion aux travaux de Apter. Ce chercheur a développé depuis 1975 une théorie originale, structurale et phénoménologique qui part des observations de l'inconsistance psychologique des êtres humains. Il postule notamment l'existence de paires d'états psychologiques opposées, entre lesquelles des renversements s'opèrent tout au long de nos journées. Ces paires d'états sont dites métamotivationnelles, car elles déterminent l'interprétation que nous donnons à nos motivations.

En ce qui concerne les dépendances, une paire d'état psychologique est particulièrement impliquée : l'état de recherche d'activation, opposé à l'état d'évitement de l'activation. Par exemple, dans l'état de recherche de l'activation, un sujet éprouvera de l'ennui s'il n'est pas dans un contexte stimulant, alors que son passage à l'état psychologique opposé (évitement de l'activation) lui permettra de se relaxer. A l'inverse, dans un contexte de stimulation, le sujet à la recherche d'activation sera euphorique, mais, s'il vient à basculer dans l'état d'évitement de l'activation, il deviendra soudain anxieux. Bien que tous les individus soient amenés à basculer d'un état vers l'autre tout au long de leurs journées, certains individus sont plus souvent dans un état psychologique que dans l'autre. Ce phénomène est appelé dominance et correspond à une caractéristique personnelle.

Apter et ses collaborateurs ont étudié les mécanismes cognitifs mis en jeu dans la recherche d'activation, comme la mise en place de cadres psychologiques protecteurs, qui permettent de passer à l'état de recherche d'activation et de pouvoir ainsi vivre des situations et des activités excitantes et agréables à l'abri de l'anxiété. Par exemple, approcher d'un tigre est excitant et source de plaisir par ce qu'il y a un cadre psychologique protecteur (le tigre est encagé, il y a un dompteur ou alors il ne s'agit que d'un tigre par procuration, vu dans un film ou évoqué par un roman). Sans ce cadre, la présence du tigre serait hautement anxigène.

C'est à partir de cette recherche d'activation que les dépendances et les addictions peuvent apparaître. Certains individus ont tendance, pour des raisons qui tiennent à des contextes psychologiques et d'environnement social particulier, à rester confinés sur la recherche d'activation. Incapables de passer à l'état d'évitement d'activation sans éprouver une anxiété insurmontable, ou incapables de détendre dans des contextes de moindre stimulation sans ressentir un ennui mortel, de tels individus recherchent constamment de hauts

niveaux d'activation par la prise de psychotropes ou par des activités compulsives de prise de risques ou de transgression.

3.1.5. Le modèle de Gestion hédonique

C'est un modèle qui se situe dans le prolongement du modèle du renversement psychologique de Apter et développé par Brown. Cet auteur a pris comme modèle le jeu pathologique et, plus récemment, le phénomène des tueurs en série. Dans son modèle de gestion hédonique, les addictions représentent des stratégies de gestion des niveaux de plaisir/déplaisir pour lesquelles l'expérience subjective et son interprétation par l'individu addicté entrent en jeu pour le développement, la poursuite et le déclin de l'activité addictive. Ce modèle considère les addictions comme des phénomènes motivationnels, liés à des attentes, à des valeurs, elles-mêmes déterminées par un apprentissage social de nature cognitive. Ce sont ces facteurs psychologiques qui sont prépondérants dans le parcours addictif, les facteurs physiologiques, sans être niés restant secondaires. Dans la perspective de ce modèle les addictions sont considérées comme une forme extrême de phénomènes d'autogestion motivationnelle ordinaire dans la vie de tous les jours. L'individu gère sa tonalité hédonique en jouant sur ses niveaux d'activation et sur ses états psychologiques. Cette gestion apprise durant l'enfance peut produire dans certaines conditions des besoins secondaires artificiels : les addictions. Dans ce cas, des vulnérabilités personnelles prédisposantes accroissent le « décalage hédonique » de l'individu, défini comme la différence entre les niveaux de dysphorie qu'il peut tolérer et ceux qu'il vit habituellement, ce qui entraîne la réduction de l'éventail des activités hédoniques facilement accessibles au profit des activités destinées à réduire ce décalage. Une addiction correspond à un changement dans la hiérarchie préférentielle du répertoire des activités facilement accessibles : une activité particulière devient saillante par rapport aux autres activités. Quatre facteurs entrent en jeu :

- L'éventail des activités accessibles dans l'environnement ;
- Le support social pour ces activités ;
- Les propriétés inhérentes à cette activité d'affecter la tonalité hédonique de l'individu (par exemple, par des changements d'activation) ;
- Les compétences acquises pour utiliser cette activité dans la manipulation de l'activité hédonique.

Pour Brown et d'autres auteurs, une addiction n'est jamais inéluctable. Elle suit une trajectoire qui débute par une phase de découverte-révélation ; puis s'installent des rituels, des habitudes et, à partir des distorsions cognitives, se mettent en place de puissants conditionnements pour prolonger l'addiction. Par la suite, une sortie de l'addiction est toujours possible par la redistribution et la redistribution des activités. Cependant, une vulnérabilité à la rechute persistera à long terme, nécessitant un contrôle permanent.

3.1.6. Le modèle général de l'addiction et du système d'addiction

Cette approche est due aux travaux de Loonis qui a développé un modèle général de l'addiction, basé sur le concept du système d'action. Selon ce modèle, toutes nos activités de la vie quotidienne remplissent deux fonctions : une fonction pragmatique d'adaptation au monde que l'on connaît, et une fonction appelée « pragmalogique » d'adaptation à soi, c'est-à-dire de gestion hédonique (selon les modèles de Apter et de Brown). Dans le cadre de cette seconde fonction, nos activités sont appelées « actions » et elles forment entre elles un système d'action qui représente la face cachée du système d'activités que l'on observe en surface. Ce système d'action se définit selon la qualité du surinvestissement d'une action particulière au détriment des autres, sa variété et ses et ses facilités de vicariance (la possibilité de remplacer une action par une autre).

Suivant ce modèle, les addictions se répartissent sur un continuum qui va des addictions de la vie quotidienne (A.V.Q) jusqu'aux addictions pathologiques, les modalités d'organisation du système d'action de l'individu rendant compte de sa place sur ce continuum. Aux deux extrémités du continuum, on peut décrire d'une part, un système d'actions équilibré, avec peu de surinvestissements d'action, une grande variété d'actions disponibles et une grande facilité de vicariance (substitution) entre les actions ; d'autre part, à l'autre extrémité, du côté des addictions pathologiques (abus de substances psychotropes ou activités compulsives), le système d'action se caractérise par un fort surinvestissement de l'activité addictive, qui correspond à une action de gestion hédonique privilégié, à un manque de variété des actions et à une difficulté de vicariance entre les actions.

Le système d'action est construit durant l'enfance, il est l'héritier du système d'action des parents et des modèles culturels, et son développement est lié à la construction narcissique du sujet (la faiblesse narcissique que la clinique reconnaît chez les individus dépendants et la caractérise comme « disposition narcissique », correspond à la désorganisation de leur

système d'action qui engendre la dépression, la baisse de l'estime de soi et les besoins d'étayage).

Le modèle du système d'action fait la synthèse de nombreux travaux, tant du côté de la neurobiologie (modèle de gestion hédonique homéostasique) que de la psychologie (modèles de Peele, Zuckerman, Brown, Apter, ainsi que les modèles psychanalytiques du narcissisme).

Tout le monde sait ce que veut dire toxicomanie. Peu de gens comprennent vraiment ce que sous-entend le terme "addiction". Pourtant il est très à la mode dans les salons. Une explication sur les origines du mot va permettre de mieux comprendre l'ambiguïté qui entoure ce mot. Initialement, et tant pis pour les anglophiles, ce terme vient du vieux français. On le trouve encore dans certains dictionnaires du siècle dernier, il vient du droit romain et désignait "la translation de la propriété par voie d'adjudication". Etymologiquement, il signifie "ad : vers", "diction" "dire, dicta". Il désigne donc un ordre, une contrainte vers...

Les Anglais ont récupéré ce terme qui a pris le sens de "toxicomanie" : toxicomanie à l'héroïne = contrainte vers l'héroïne. Utilisé ainsi, le terme prend plus une consonance fort logique de drogue. Par opposition, le terme français de toxicomanie, un peu inapproprié, a une consonance de "manie du toxique" ce qui ne sous-entend pas obligatoirement "dépendance due au produit lui-même".

Bref, la terminologie anglaise est mieux, c'est pour cela qu'on la reprise. Toutefois, remplacer le mot "toxicomanie" par un mot anglais qui signifie "toxicomanie", posait un peu problème. Heureusement, le terme "addiction" trouvait déjà des extensions dans des comportements autres que l'usage de produits chimiques licites ou illicites: On commençait à évoquer la possibilité d'addictions alimentaires, d'addictions aux jeux, d'addictions sexuelles.

Alors comment comprendre le terme d'addiction, et le situer par rapport à des plaisirs comme la gourmandise, la passion, une vie sexuelle un peu intense, ou par rapport à d'autres troubles bien différents comme les comportements contraphobiques.

Si l'on veut faire une comparaison avec les plaisirs normaux cités précédemment, lors de l'usage addictif, il y a une contrainte et une souffrance. La personne est capable de raisonner, de détailler le caractère irrationnel, excessif de son comportement, mais elle est incapable de ne pas y avoir recours. Cet usage ne la rend pas heureuse. Tout au plus, il satisfait un besoin.

Par rapport à des comportements contraphobiques, l'usage addictif évite un état de manque psychique, un besoin qui se confond avec la représentation psychique que l'individu a de lui-même. En cas de carence, on est dans le domaine du deuil. Les toxicomanes disent souvent qu'ils ne sont eux-mêmes que lorsqu'ils ont consommé. Par opposition, les comportements contraphobiques sont là pour éviter la survenue d'angoisses. On est dans le domaine de la névrose. (Les gens à comportements compulsifs, sont des gens "obsessionnels" qui vont aller contrôler 50 fois la même chose avant d'effectuer un acte banal).

Cela n'empêche pas toutefois les gens addictifs d'avoir des problèmes névrotiques, et les personnes, car ces troubles sont d'origine psychogène et trouvent leurs racines dans le vécu de l'individu et dans la problématique familiale.

Les comportements addictifs définissent donc des états de besoin qui mettent l'individu en souffrance, et dont ils ne sortent que par un travail de deuil ou une dépression.

2. 3. THÉORIE GÉNÉRALE DES ADDICTIONS

L'observation d'alcooliques et de toxicomanes, de joueurs pathologiques et de mangeurs excessifs, a montré que ces individus partagent tous des similarités même si l'objet de leur dépendance est de nature différente (Peele, 1985, 2002). D'ailleurs, la présence de multiples dépendances est souvent observée, ce qui suggère des liens possibles entre les différentes addictions et la présence d'une causalité commune (Arseneault et al., 2001 ; Barnes et al., 2005 ; Griffin-Shelley, Sandler, & Lees, 1992 ; Gupta & Derevensky, 1998b ; Jacobs, 1986 ; Wanner et al., 2006).

C'est dans cet esprit que Jacobs (1986) élaborait la théorie générale des addictions. Il soutient que l'effet de conditions physiologiques et psychologiques aversives chez un individu le vulnérabilise à développer une dépendance. Selon ce modèle, deux conditions peuvent contribuer de façon significative au développement des dépendances :

1) avoir un niveau d'activation physiologique anormal (trop faible ou trop élevé) se traduisant par la présence d'hyperactivité ou de dépression ;

2) avoir un profil psychologique vulnérable se traduisant par une perception négative de soi-même ou un sentiment d'inadéquation.

Il est à noter que la présence de dépression pourrait aussi être le reflet de la composante psychologique selon ce modèle (Gupta & Derevensky, 1998b). Ainsi, lorsqu'un individu

présente ces vulnérabilités et que son environnement est favorable au développement d'une dépendance, il est considéré à risque (Jacobs, 1986). Le choix du comportement (ou de la substance) qui sera l'objet de la dépendance est tributaire de sa capacité à combler le besoin d'évasion (ou besoin dissociatif) éprouvé par l'individu en réaction à une souffrance chronique générée par les prédispositions physiques et psychologiques décrites plus haut. Un niveau d'activation physiologique trop élevé ou trop faible crée un état de stress chez l'individu qui l'incite à rechercher un soulagement lui procurant un effet tranquillisant ou au contraire, un effet stimulant. Par exemple, l'effet tranquillisant recherché peut-être obtenu par la prise de certaines substances, dont l'alcool, alors que l'effet stimulant peut-être notamment obtenu par la prise de risques, comme la consommation de substances de la catégorie des stimulants (ex : speed, cocaïne). L'objectif étant d'atteindre un état d'équilibre, d'homéostasie.

Or, le jeu est souvent désigné comme un comportement de prise de risques (Gupta & Derevensky, 1998b) qui permettrait d'augmenter un niveau d'activation physiologique trop faible. Les joueurs pathologiques sont en effet connus pour être des individus présentant un besoin élevé de prise de risques, une sensibilité à l'ennui et une tendance à la dépression (Blaszczynski, McConaghy, & Frankova, 1990 ; Blaszczynski & Nower, 2002 ; Dickerson, 1993). Selon Jacobs (1986), les conduites addictives sont une tentative d'auto-traitement afin de répondre à un état de stress chronique qui cause un inconfort chez l'individu. Cette position rejoint aussi les propos de Blaszczynski et Nower (2002) qui soutiennent l'existence de trajectoires types chez les individus ayant développé une dépendance aux JHA (jeux de hasard et d'argent). Selon ces auteurs, des joueurs qui présentent des conditions vulnérabilisantes, telles qu'une impulsivité élevée ou une tendance élevée de prise de risques, une détresse psychologique se traduisant par de la dépression ou de l'anxiété, une consommation de SPA (substances psychoactives) inadéquate et de faibles ressources personnelles adaptatives, sont plus à risque de développer un problème de JHA (Blaszczynski & Nower, 2002).

Selon Jacobs (1986), après avoir découvert le soulagement que peut procurer une conduite qui peut potentiellement devenir excessive, s'installe lentement le cycle de la dépendance chez les personnes vulnérabilisées. Ceci est possible en raison du double renforcement, positif et négatif, que procure l'expérience du comportement compulsif. Face à une souffrance réelle ou anticipée, l'adoption de cette conduite procure un soulagement immédiat ou évite une souffrance anticipée (renforcement négatif) et procure un état dissociatif ou un souvenir d'un plaisir procuré (renforcement positif) (Jacobs, 1986). L'individu devient donc très motivé à reproduire le comportement pour atteindre à nouveau

cet état dissociatif, et cette recherche de dissociation devient son principal centre d'intérêt. La sensation procurée devient son unique source de satisfaction et la conduite s'intègre à son style de vie (Blaszczynski & Nower, 2002 ; Jacobs, 1986). La définition de la dépendance selon Jacobs va dans le sens des propos de Peele (2009) à l'effet qu'elle existe quand l'attachement d'un individu à une sensation, un objet ou une autre personne est tel qu'il diminue sa capacité à bien s'adapter à son environnement.

Jacobs (1986) suggère que les jeunes sont particulièrement vulnérables puisque l'adolescence est une période de transition au plan développemental qui est ponctuée de nombreux changements physiologiques et psychologiques fortement liés à des conditions favorisant la dépendance aux JHA. Des travaux en neuroscience ont en effet montré que des changements neurologiques importants surviennent durant l'adolescence dans les zones cérébrales reliées à la motivation (système de récompenses) et aux conduites impulsives, deux facteurs reliés au jeu pathologique (Chambers & Potenza, 2003). À cela s'ajoute aussi les nombreuses transformations physiologiques propres au développement des adolescents qui peuvent aussi générer un état de stress circonstanciel (Blakemore, Berenbaum, & Liben, 2009 ; Clemans, DeRose, Graber, & Brooks-Gunn, 2010). Cet état pourrait inciter les adolescents à rechercher un soulagement à travers leurs activités de JHA ou de consommation de SPA par exemple (Jacobs, 1986).

L'applicabilité de la théorie générale des addictions décrite par Jacobs (1986) chez les adolescents a été appuyée dans quelques travaux traitant des habitudes de JHA chez les adolescents (Gupta & Derevensky, 1998b ; Molde et al. 2009). Dans une étude de Gupta et Derevensky (1998b) menée auprès d'élèves du secondaire, il a été observé que la sévérité des habitudes de JHA est principalement expliquée par le besoin d'évasion (ou besoin dissociatif), lequel est alimenté par des conditions physiologiques (excitabilité ou inexcitabilité) et psychologiques aversives (perception de soi négative et présence de dépression). L'effet direct des conditions physiologiques sur la sévérité des habitudes de JHA est modéré alors que l'effet indirect est plutôt important. En d'autres mots, c'est en passant par le besoin d'évasion (ex. : se sentir en dehors de soi, perdre la notion du temps, se sentir en transe) que se manifeste plus intensément la relation entre les prédispositions physiques et la sévérité des habitudes de JHA. Quant à la dimension psychologique, elle prédit fortement indirectement la sévérité des habitudes de JHA chez les adolescents en alimentant un besoin d'évasion qui est retrouvé dans le jeu, mais aussi directement, bien qu'un effet direct faible ait été trouvé (Gupta & Derevensky, 1998b). Les auteurs rapportent que leur modèle empirique contribue à

expliquer 95 % de la variance reliée à la sévérité des habitudes de JHA chez les adolescents étudiés. Ceux-ci ne discutent toutefois pas de la possibilité que des variables introduites au modèle puissent présenter une colinéarité élevée. Un pourcentage de variance expliquée aussi élevé laisse croire en la présence de variables très semblables. Aussi, en ayant traité la consommation de SPA en tant que variable à prédire tout comme la sévérité des habitudes de JHA, l'influence mutuelle de ces deux conduites addictives n'est pas contrôlée dans l'étude de leur modèle théorique. Étant donné la concomitance entre la sévérité des habitudes de JHA et la consommation de SPA (Dickson, 2005 ; Hardoon, Gupta, & Derevensky, 2004 ; Johansson et al. 2009 ; Lynch et al. 2004), il aurait été intéressant que la sévérité de la consommation de SPA soit traitée en covariance ou encore en tant que variable médiatrice. Néanmoins, ce modèle présente des pistes explicatives intéressantes en lien avec les problèmes de JHA à l'adolescence.

Plus récemment, les travaux de Molde et ses collaborateurs (2009) ont aussi mis en évidence le rôle de la dissociation et de la dépression dans la prédiction des problèmes de JHA chez des adolescents, ce qui appuie encore une fois le modèle de Jacobs (1986). Selon ces travaux, les adolescents dépressifs auraient neuf fois plus de risques d'être des joueurs pathologiques comparativement aux jeunes non dépressifs. La contribution de la dépression à la sévérité des habitudes de JHA serait même au-delà de motivations circonstanciées, telles que le fait d'avoir connu un big win (gain substantiel), ou encore le besoin de jouer pour combler un besoin monétaire qui découle principalement des pertes associées aux JHA (Molde et al. 2009).

Les travaux de Blaszczynski et Nower (2002) menés auprès d'adultes vont aussi en ce sens. Parmi les trajectoires types de joueurs pathologiques qui ont été illustrées, l'une d'elles décrit des joueurs présentant une impulsivité élevée qui recherchent à travers leurs activités de JHA un effet stimulant compensatoire, lequel est d'autant plus recherché lorsqu'il y a aussi présence de détresse psychologique. Une autre étude menée auprès d'adultes a permis de mettre en évidence que la dimension qui possède le meilleur pouvoir prédictif de l'évolution d'un problème de JHA est le besoin grandissant de jouer pour fuir ses problèmes ou gérer ses humeurs (Nelson, Gebauer, LaBrie, & Shaffer, 2009). Ceci appuie encore ici la théorie de Jacobs (1986) selon laquelle ces joueurs tentent possiblement de compenser un état d'inconfort chronique. Ainsi, qu'il s'agisse d'adolescents ou d'adultes, les modèles théoriques montrent que les activités de JHA peuvent avoir une fonction dissociative permettant à certains individus de combattre des conditions aversives. Le jeu devient ici une conduite

exutoire (Peele, 1979) qui peut entraîner chez certains individus le développement d'une dépendance.

Contrairement aux travaux de Molde et ses collaborateurs (2009) qui n'ont pas tenu compte des différences sexuelles liées à la prédiction de la sévérité des habitudes de JHA, les travaux de Gupta et Derevensky (1998b) ont relevé une nuance importante à leur modèle en fonction du sexe des participants. Selon le modèle théorique de Gupta et Derevensky (1998b), la relation entre les variables psychologiques et physiologiques associées et la sévérité des habitudes de JHA n'est pas équivalente chez les joueurs et joueuses. Chez les jeunes joueurs, les aspects physiologiques (excitabilité ou inexcitabilité) sont associés à la présence de sévérité des habitudes de JHA alors que chez les jeunes joueuses, ce sont les aspects émotionnels qui s'associent plus à la problématique. Autre particularité des filles, l'usage de drogues stimulantes telles que des amphétamines ou des speed par exemple, s'avère être un facteur relié à la sévérité des habitudes de JHA. Les auteurs expliquent que ce résultat est possiblement le reflet du besoin des filles aux prises avec une activation physiologique plus faible pouvant se traduire par de la dépression ou de l'inexcitabilité (Gupta & Derevensky, 1998b).

Les études développementales soutiennent que les jeunes filles sont plus sensibles aux troubles affectifs que les garçons du même âge (Mason et al. 2007), et particulièrement celles qui ont un développement pubère précoce (Clemans et al., 2010). Chez les garçons, on observe plutôt un penchant plus marqué vers la prise de risques, ce qui est probablement aussi relié à un besoin de corriger une activation physiologique plus faible (Gupta & Derevensky, 1998b). Ainsi, face à ce même malaise, les garçons et les filles n'utiliseront pas les mêmes stratégies pour y réagir, bien que l'objectif demeure le même : trouver un état d'homéostasie. Selon Gupta et Derevensky (1998b), il est probable que la dépression joue un rôle plus important dans le développement de problèmes de JHA chez les joueuses que chez les joueurs.

Enfin, le modèle de Gupta et Derevensky (1998b) permet aussi d'observer que la consommation régulière de SPA est prédite par les mêmes dimensions (composantes physiologique et psychologique) qui sont reliées à la sévérité des habitudes de JHA. Le modèle prédictif de la consommation de SPA s'avère toutefois moins robuste, les effets des dimensions physiologique et psychologique étant qualifiés de faibles à modérés lorsque mis en interaction avec le besoin d'évasion. L'effet de taille trouvé pour la dimension psychologique relié à la consommation de SPA est de 0,18 alors que celui trouvé pour la

sévérité des habitudes de JHA est de 0,80. Même écart en ce qui concerne la dimension physiologique où un effet de taille de 0,21 a été trouvé en lien avec la consommation de SPA, ce qui est de loin inférieur à l'effet de taille (0,93) relié à la sévérité des habitudes de JHA.

Cependant, il faut être prudent avant de conclure à la faible capacité explicative du modèle théorique lorsqu'il s'agit de consommation de SPA puisque, contrairement aux habitudes de JHA où une mesure de sévérité a été utilisée, la mesure de sévérité de la consommation de SPA est composée par un indicateur de fréquence seulement. Gupta et Derevensky (1998b) soutiennent qu'une mesure de sévérité de la consommation de SPA aurait sans doute offert des résultats beaucoup plus concluants. En effet, l'évaluation de la sévérité de la consommation de SPA repose sur plusieurs indicateurs incluant la fréquence, mais aussi la diversité des produits consommés, l'initiation à des modes de consommation à risque, la quantité, ainsi que la présence de conséquences reliées à cette consommation (Germain et al. 2007 ; Landry, Tremblay, Guyon, Bergeron, & Brunelle, 2004). Malgré cette limite, les résultats appuient l'idée que ces deux conduites à potentiel de dépendance partagent des facteurs communs qui peuvent expliquer leur concomitance (Gupta & Derevensky, 1998b ; Wanner et al. 2009).

DEUXIEME PARTIE
CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE

CHAPITRE 4. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Le discours méthodologique selon Vial (1998) a pour but de « *rendre communicable le “au nom de quoi” et le “vers quoi” le projet de recherche engagé demandait d'utiliser telle(s) ou telle(s) méthode(s) de recherche* » (p.64). En nous arrimant à ce but, cette partie de notre travail sera donc consacrée à la présentation et à la justification du lieu d'étude, des participants, de la méthode de recherche, de la technique de collecte de données, de l'instrument de collecte de données et de la technique d'analyse des résultats. Toutefois, avant de débiter cette présentation justificative de la démarche méthodologique, il nous revient au préalable de rappeler en quelques points la problématique de cette étude.

4.1. BREF RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE

Dans cette section, nous allons juste rappeler les éléments clés de la problématique. Il s'agit du problème de l'étude, de la question de recherche, de l'hypothèse générale et de l'objectif général.

4.1.1. Rappel du problème

Selon la théorie générale des addictions, l'effet de conditions physiologiques et psychologiques aversives chez un individu le vulnérabilise à développer une dépendance. Soit présenté un niveau d'activation physiologique anormal (trop faible ou trop élevé) se traduisant par la présence d'hyperactivité ou de dépression ; soit avoir un profil psychologique vulnérable se traduisant par une perception négative de soi-même ou un sentiment d'inadéquation. Ainsi, lorsqu'un individu présente ces vulnérabilités et que son environnement est favorable au développement d'une dépendance, il est considéré à risque (Jacobs, 1986). Le choix du comportement (ou de la substance) qui sera l'objet de la dépendance est tributaire de sa capacité à combler le besoin d'évasion (ou besoin dissociatif) éprouvé par l'individu en réaction à une souffrance chronique générée par les prédispositions physiques et psychologiques. Les dérèglements familiaux favorisent chez l'adolescent une régression contribuant ainsi au développement des comportements addictif.

4.4.2. Rappel de la question de recherche

Dans notre étude, nous aurons deux types de questions de recherche : une question principale et des questions secondaires.

L'adolescence est une période de grande vulnérabilité. Si les adolescents dans leur majorité disent ne pas la vivre comme une crise, il est possible de remarquer d'importantes dépressions adolescentes pouvant conduire au développement de conduites addictives. L'extériorité des difficultés que rencontre l'adolescent est nécessaire et se trouve dans l'intégrité des différents aspects de sa personnalité, et donc dans la construction de son identité personnelle. C'est à cette fonction que peut être destinée l'engagement de l'adolescent dans des comportements déviants. Aussi, du problème de recherche ainsi énoncé découle la question de recherche suivante : *en quoi le vécu familial entraîne-t-il le développement des comportements addictifs.*

Toutefois cette question ne pouvant être directement vérifiée, il importe de voir les questions secondaires qu'elle peut générer.

QS₁ : En quoi le défaut d'acquisition de la différenciation de soi par l'adolescent dans son contexte émotionnel familial constituerait un déterminant au développement des pathologies addictives ?

QS₂ : En quoi le rôle des situations de rupture familiale précoce et de divorce constituerait un déterminant dans le développement des conduites d'abus et dépendance aux drogues ou à l'alcool chez l'adolescent ?

QS₃ : En quoi le rôle majeur des conflits familiaux est un déterminant dans l'évolution des dépendances chez l'adolescent ?

4.4.3. Rappel de l'hypothèse générale

L'hypothèse générale est une réponse directe qui résulte de la question de recherche et qui met en relation deux types de variables. Perçue comme le fil conducteur, c'est elle qui guidera notre réflexion tout au long de ce travail. Aussi, dans cette recherche, notre hypothèse est formulée de la manière suivante : *De par les dérèglements familiaux, le vécu familial contribue au développement des comportements addictifs chez l'adolescent.*

Partant du postulat que l'hypothèse de recherche est une supposition qui est avancée pour guider une investigation, sa formulation évoque les éléments mesurables et manipulables dans l'expérimentation. Ces hypothèses de recherche nous permettront de mener à bien cette recherche plus qu'elles sont plus concrètes et sont des propositions de réponses aux aspects particuliers de l'hypothèse générale. Ainsi nous avons formulé nos hypothèses secondaires qui sont :

HS₁ : Les adolescents ayant des comportements addictifs présenteraient un faible degré de différenciation de soi et des difficultés à se séparer émotionnellement de leur famille d'origine.

HS₂ : Les adolescents vivant dans les familles composées des deux parents auraient un risque moins élevé de développer des conduites d'abus et de dépendance aux substances que les adolescents vivant dans des familles monoparentales ou dans des familles recomposées.

HS₃ : La mésentente familiale, favorise le développement des conduites de dépendance à l'alcool chez l'adolescent

4.4.4. Rappel de l'objectif général

L'objectif de cette étude est de comprendre et d'expliquer la similarité de certains dérèglements familiaux entre les comportements addictifs et d'un lien déterministe entre comportements addictifs et environnement familial.

Les objectifs spécifiques apparaissent comme étant les éléments à partir desquels nous allons pouvoir atteindre nos objectifs généraux. Dans cette étude, nous voulons :

OS₁ : Montrer que les processus de différenciation soi et les échanges émotionnels familiaux correspondent à la capacité d'une personne à se séparer physiquement et émotionnellement de sa famille d'origine et influe directement sur les comportements émotionnels et relationnels de l'individu.

OS₂ : Montrer que l'impact délétère des ruptures familiales serait majoré par la qualité des relations familiales telle qu'un support parental déficient, une discipline parentale permissive, des situations familiales conflictuelles et l'existence de pathologies addictives parentales.

OS₃ : Montrer que l'existence de situations familiales conflictuelles sont des facteurs prédictifs du risque de dépendance à l'alcool ou aux drogues à l'adolescence et influencent la qualité de vie à l'adolescence

4.2. SITE DE L'ETUDE

Le site de l'étude est le contexte spatial dans lequel se déroule la recherche (Amin, 2005). En d'autres termes, il s'agit de l'espace qui environne la recherche et le site précis où se fait la collecte des données. La présente étude s'est déroulée au sein de l'hôpital central de Yaoundé et la collecte des informations s'est faite dans le service de gériatrie de cet hôpital central.

4.2.1. Justification du choix de l'hôpital central de Yaoundé (HCY)

Les raisons suivantes ont guidé le choix de l'HCY comme site d'étude :

- C'est un établissement public, à caractère hospitalo-universitaire, selon la classification nationale des formations sanitaires ;
- Il est doté d'un service de gériatrie, service où nous avons collecté nos données ;
- Les patients qui y sont suivis se sentent plus en confiance dans ce service ;
- Le service n'accueille que les personnes âgées, en termes de dégradation, de limitation fonctionnelle. La personne âgée qui présente un état de fragilité aggravée ;
- Le service est spécialisé dans la prise en soin de la personne âgée dans sa globalité ;
- Cette structure de par ses différents aménagements est une structure hospitalière de référence de la ville de Yaoundé.

4.2.2. Présentation de l'hôpital central de Yaoundé

L'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) est une formation sanitaire publique de 2^e catégorie qui a été créé en 1930. C'est seulement vers 1933 que les premières consultations externes y seront effectuées. Placé sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique, sa gestion est assurée par le Comité de Gestion (COGE). Il a une capacité d'accueil de 650 lits, et emploie 627 personnels de corps différents pour la prise en soin des bénéficiaires. S'agissant de sa situation géographique, l'HCY est situé au quartier Centre-Ville, rue 2.008 derrière la CENAME (Centre Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels), non loin du camp sic Messa dans l'arrondissement de Yaoundé 1. C'est un hôpital dont la mise en application de la politique sanitaire est décidée par de nombreux programmes élaborés par les chefs de différents services. L'Hôpital Central de Yaoundé présente des atouts du point de vue de sa situation géographique, de la possibilité d'une complémentarité de l'existence d'un

plateau technique acceptable, de la disponibilité du personnel médical 24/24 et de son autonomisation.

L'HCY a une organisation bien structurée. Dans cet organigramme nous voyons qu'il y a trois niveaux de prise de décision ; au niveau de la direction, du conseil médical et l'unité administrative et financière. L'hôpital ne dispose pas de service nursing et la surveillante générale n'est pas aussi directement attachée à la direction. Il faut qu'elle passe au niveau du conseil médical avant d'arriver à la direction. Ce qui ne facilite pas la démarche des infirmiers dans la résolution de leur problème. Signalons aussi que l'hôpital ne dispose pas d'une philosophie de soins infirmiers ; ce qui fait que les soins sont effectués selon le gré et la compétence du personnel.

Le Comité de Gestion est l'instance principale de délibération et de décision de l'Hôpital Central de Yaoundé, il a pour mission de veiller à l'application de la politique définie par le Ministère de la Santé Publique au sein de l'hôpital. Il adopte le budget équilibré en recettes et en dépenses et approuve son exécution conforme. Le Comité de Gestion comprend deux types de membres : les membres délibérants et les membres consultatifs. Il est présidé statutairement par le Délégué du Gouvernement de la ville considérée.

La Direction l'HCY est placée sous l'autorité d'un Directeur nommé par le Président de la République. Sous le contrôle du Comité de Gestion et de la tutelle du Ministère de la Santé Publique à qui il rend compte. Le Directeur est chargé de la gestion administrative et financière courante de l'hôpital en conformité avec la réglementation en vigueur et de la mise en œuvre du volet de la stratégie sectorielle de la santé applicable aux formations sanitaires. En vue de l'accomplissement de ses missions, le Directeur est assisté par des organes de direction consultatifs et par des unités opérationnelles.

L'HCY comprend deux organes de direction consultatifs : le conseiller médical et la surveillance générale.

Le Conseiller Médical est nommé par le Premier Ministre. Il est responsable de l'organisation opérationnelle des services de médecine, de chirurgie et des unités médicotéchniques, de leur fonctionnement et de la gestion des personnels médecins affectés à l'hôpital. Il remplace le directeur en cas d'absence.

Le surveillant général est nommé par le Ministre de la Santé Publique. Elle est assistée d'un Surveillant Adjoint nommé dans les mêmes conditions. Il est responsable du service du

nursing dont l'administration générale lui incombe. Le surveillant général adjoint assiste le surveillant général et le remplace en cas d'empêchement, par ordre de préséance.

Les unités opérationnelles de l'HCY sont réparties de la manière suivante :

- Unités opérationnelles services (unité d'accueil, des urgences et de réanimation/soins intensifs, Centre de Coordination de l'Accueil et des Urgences, Bloc des Urgences Chirurgicales, Stérilisation Buanderie, Bloc Opérateur René Essomba, Réanimation Soins Intensifs, Anesthésiologie) ;
- Unité de médecine (Consultations Externes, Cardiologie, Gastroentérologie, Hématologie, Neurologie, Gériatrie, Infectiologie, Hôpital de jour, Centre National d'Obésité, Centre National de Diabète et d'Hypertension, Rhumatologie et Haut-Standing, Physio kinésithérapie) ;
- Unité de gynécologie-obstétrique (Maternité Bloc A, Maternité Bloc B, Bloc Opérateur et Stérilisation, Consultations externes, Salle d'Accouchement) ;
- Unité de chirurgie (Chirurgie Viscérale (digestive), Chirurgie Pédiatrique, Ophtalmologie, ORL, Stomatologie, Traumatologie A, Traumatologie B, Neurochirurgie, Urologie, Cancérologie, Laboratoire d'Anatomie Pathologique) ;
- Unité médico-technique (Laboratoire Central, Laboratoire CCAU chargé seulement des prélèvements, banque de Sang, Pharmacie, Radiologie et Imagerie Médicale, Maintenance et Assainissement).

4.2.3. Présentation du centre de soins d'accompagnement et de prévention en d'addictologie

4.2.3.1. Le personnel du service

Le total de l'effectif du personnel du service est de 04 personnes :

- 01 médecin addictologue
- 02 psychologues
- 01 secrétaire

4.2.3.2. Le fonctionnement du service

a. Les activités des médecins

Les activités du médecin varient, des consultations, des visites aux lits des malades, et de l'enseignement, elles assurent la prescription des traitements et des bilans, veillent sur la mise à jour des dossiers et supervisent l'administration.

b. Les activités du psychologue

Les activités du psychologue, consultation, prise en charge et suivi psychologique, bilan psychologique, psychothérapies, analyse fonctionnelle.

c. Les activités du secrétariat

La secrétaire assure l'accueil physique et téléphonique, le filtrage des appels, la gestion du courrier, la transcription des rapports médicaux, la gestion de l'horaire des médecins, la prise en charge de la logistique des réunions et le recueil des statistiques du service.

4.3. PROCEDURE ET CRITERES DE SELECTION DES PARTICIPANTS

Nous travaillons sur la stratégie d'accompagnement chez la personne âgée institutionnalisée. Nos participants proviennent donc du personnel soignant affecté dans le service de gériatrie. Cependant tous ces personnels ne peuvent pas participer à l'étude car pour être participant, il faut répondre à un certain nombre de conditions. Il s'agit des critères de sélection.

4.3.1. Critères de sélection

Ici, nous distinguons les critères d'inclusion et les critères de non inclusion.

4.3.1.1. Critères d'inclusion

Pour participer à cette étude, il faut :

- Comportement addictif ;
- Être âgée de 15 à 22 ans
- Être scolarisé ou non;
- Vivre en famille ou en placement ;

4.3.1.2. Critères d'exclusion

Les sujets ne présentant pas critères d'inclusion sont exclus

4.3.1.3. Procédure de sélection des participants

Pour sélectionner nos participants, nous avons suivi une certaine procédure. L'échantillonnage par choix raisonné, cette technique d'échantillonnage a consisté à constituer un échantillon sur la base d'un certain nombre de caractéristiques qui permettent à l'étude de mieux cerner les contours du phénomène exploré : l'accompagnement personnalisé chez l'adulte âgé.

A la fin de ce processus, nous avons obtenu 06 participants dont les caractéristiques sont regroupées dans un tableau récapitulatif.

Cécilia, jeune fille scolarisée, actuellement en deuxième année informatique. Elle a 20 ans, dernière née d'une fratrie de deux. Elle vit avec sa tante en dehors du pays, venu en vacances du fait de sa consommation du cannabis, elle se trouve empêchée de rentrer pour poursuivre ses études. Elle reste avec sa maman et les rapports sont moins bons.

4.3.1.4. Caractéristiques des participants

Tableau 1: Caractéristiques des participants

Participants	André	Arthur	Alexandra	Bobo	Fanta	Cécilia
Age	19 ans	17 ans	19 ans	17 ans	18 ans	20 ans
Genre	Masculin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Féminin
Niveau de scolarité	Terminal A	2 nd A	Etudiante	2 nd A4 Esp	Probatoire	Etudiante
Statut : famille/placement	Famille	Famille	Placement	Famille	Famille	Famille
Rang dans la fratrie	5 ^{ème}	1 ^{er}	5 ^{ème}	1 ^{er}	1 ^{er}	2 ^{ème}
Type d'addiction	Cannabis, cocaïne	Cannabis, cigarette, l'alcool	Cannabis, cocaïne jeux de hasard/argent (Ludo et 1xbet)	Cannabis, cocaïne	Cigarette cannabis	Cannabis

4.4. TYPE DE RECHERCHE : Recherche clinique

Il s'agit d'une étude exploratoire et la méthodologie utilisée est de type qualitatif descriptif. La méthode qualitative s'intéresse au sens et à l'observation d'un phénomène en milieu naturel et ce type de recherche se caractérise davantage par sa procédure que par la quantification des données mathématiques (Deslauriers, 1991). La méthode qualitative se définit par les éléments suivants : elle traite les données qui sont difficilement quantifiables, elle procède par une méthode d'analyse flexible et inductive qui est orientée à partir des expériences de la vie quotidienne et du sens commun qu'elle tente de systématiser (Deslauriers, 1991). Aussi, elle permet sans mettre de côté les chiffres et les statistiques, se focaliser davantage sur l'analyse des processus sociaux et sur la signification que les individus et les collectivités donnent à certaines situations (Deslauriers, 1991). La méthode descriptive permettra d'établir des relations entre certains aspects du phénomène observé. Cette méthode se caractérise par sa capacité à fournir une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. Ainsi, il sera possible d'identifier les composantes d'une situation et parfois de parvenir à décrire la relation qui existe entre ces composantes (Robert, 1998).

Notre étude s'inscrit dans la recherche clinique, qui est non-objectivante et qui fait appel à la méthode qualitative. En effet, la recherche clinique repose sur l'idée que la situation clinique est la source d'inspiration et le lieu d'élaboration de la recherche. Elle porte une attention particulière à l'engagement de l'observateur et procède à une description minutieuse de la spécificité de la situation en se fondant sur le plan méthodologique, sur des études de cas comme source de connaissance du fonctionnement psychique qui vise à construire en une structure intelligible des faits psychologiques dont un individu est la source (Perron, 1979) cité par Fernandez et Pedinielli (2006). La recherche clinique permet d'aborder des phénomènes complexes. Son objectif étant de comprendre certains processus et de formuler des significations (Fernandez & Pedinielli, 2006). Evidemment, dans cette étude, nous cherchons à appréhender le sens (significations) que la personne donne à

La recherche clinique est donc indiquée pour notre étude. Elle accorde une place prépondérante au dévoilement de la subjectivité (acte de pensée), à la description et à l'explication des phénomènes cliniques (significations) par la détermination des données verbales comme la parole du sujet, différente de la clinique du général, par élaboration de résultats issus du recueil de données non verbales (Fernandez & Pedinielli, 2006).

4.5. METHODE DE RECHERCHE : étude de cas

Pour atteindre notre objectif, nous avons choisi d'utiliser l'étude de cas. Cette dernière relève généralement de la méthode clinique qui tire son origine de la pratique médicale (Leplat, 2002).

Puisqu'il s'agit d'étudier une situation complexe (le sens que l'adolescent qui consomme abusivement l'alcool donne à son vécu dans le lien d'attachement au père) dans son contexte global, la méthode retenue est celle de l'étude de cas. Les études de cas sont utilisées comme méthode de recherche et permettent de prendre en compte les caractéristiques holistiques et significatives des événements de vie étudiés et ont également comme caractéristiques d'être des études en profondeur (Hentz, 2006). Yin (cité par Collerette, 1997) distingue l'étude de cas des autres stratégies de recherche, telles l'expérimentation et l'enquête, en la définissant comme l'exploration empirique d'un phénomène contemporain, en contexte naturel, à l'aide de moyens variés :

L'étude de cas est une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, où les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans laquelle des sources d'informations multiples sont utilisées » (Yin, cité par Collerette, 1997, p. 23).

L'étude de cas comme méthode de recherche consiste à rapporter une situation réelle, prise dans son contexte, et à l'analyser pour découvrir comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquels le chercheur s'intéresse (Collerette, 1997). D'une part, nous avons choisi ce type d'étude car elle fournit une situation où l'on peut observer le jeu d'un grand nombre de facteurs interagissant ensemble, ce qui permet de rendre compte de la complexité et de la richesse des situations comportant des interactions que leur attribuent les acteurs concernés (Collerette, 1997).

Une autre raison d'avoir choisi l'étude de cas dans cette recherche est qu'elle va nous permettre de mettre en lumière comment le vécu de l'angoisse participe à la résilience chez l'adolescent drépanocytaire. Comme le dit Yin (cité par Collerette, 1997), l'étude de cas est appropriée lorsque l'on s'intéresse davantage aux liens dans le temps qui unissent des éléments, qu'aux fréquences ou aux incidences, et cela plus spécialement lorsque les liens sont trop complexes pour des stratégies d'enquêtes ou des stratégies expérimentales.

Cependant, bien que ce type d'étude comporte des limites que nous ne sommes pas censés ignorer (coûteuse en temps tant pour le chercheur que pour les sujets, généralisation des résultats qu'elle permet d'obtenir), elle reste la plus indiquée pour cette recherche. Le recueil des informations in vivo s'est fait essentiellement par des entretiens.

4.6. CONDUITE DES ENTRETIENS : Entretien semi-directif

Selon Fernandez et Catteeuw (2001), l'entretien clinique est un des outils privilégiés de la méthode clinique dans la mesure où la subjectivité s'actualise par les faits de paroles à l'adresse du clinicien ou du chercheur. L'entretien clinique est donc d'après Fernandez et Catteeuw (2001, p. 73) : « *la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expériences) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet* ». Il est mis en œuvre dans différents contextes et répond à des objectifs différents : diagnostic, thérapeutique, recherche.

L'entretien en tant que technique de recherche a été défini par Blanchet (cité par Fernandez & Catteeuw, 2001, p.75) comme un échange entre deux personnes, un interviewer et un interviewé conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche.

Nous avons choisi cette technique à cause de la nature des informations que nous recherchons. Dans ce cas, « il s'agit des informations élaborées et mises en sens par le sujet (représentations, modes de communication, histoire, mode de fonctionnement et d'organisation psychique) » (Fernandez & Catteeuw, 2001, p. 76). Ce sont donc des informations verbales et non numériques. Evidemment dans cette recherche, nous voulons saisir le sens (représentations, significations) que l'adolescent drépanocytaire donne à son vécu dans l'adaptation de l'angoisse. Aussi, l'adaptation de l'angoisse est une variable décrite et explicative. D'après Fernandez et Catteeuw (2001), on distingue deux types d'entretien clinique de recherche : l'entretien non directif et l'entretien semi-directif. Ce dernier est celui que nous avons choisi pour cette recherche.

Nous avons opté pour l'entretien semi-directif car non seulement nous voulons obtenir plus d'informations particulières sur l'adolescent qui consomme abusivement l'alcool, mais aussi, nous voulons appréhender le sens qu'il donne à son vécu dans le lien d'attachement au père. D'après Fortin (2006)

Le chercheur fait appel à l'entrevue semi-dirigée dans les cas où il désire obtenir plus d'informations particulières sur un sujet. L'entrevue semi-dirigée est principalement utilisée dans les études qualitatives, quand le chercheur veut comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécu par les participants (p. 305).

Par ailleurs, nous avons opté pour l'entretien semi-directif car il favorise la libre expression de la pensée du participant et permet un examen approfondi de sa réponse. En effet, « *l'entretien semi-directif fournit au répondant l'occasion d'exprimer ses sentiments et ses opinions sur le sujet traité. Le but est de comprendre le point de vue du répondant* » (Fortin, 2006, p. 305).

Dans ce type d'entretien, le chercheur arrête une liste des sujets à aborder, formule des questions concernant ces derniers et les présente au répondant dans l'ordre qu'il juge à propos (Fortin, 2006). Le clinicien-chercheur a donc recours à un guide thématique (Fernandez et Catteeuw, 2001).

4.7. INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNEES : Le guide d'entretien

Le processus lié à la collecte des informations a débuté par l'élaboration d'un guide d'entretien. Le guide d'entretien est défini comme un « *ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer* » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 61). Dans l'entretien semi-directif, le guide d'entretien est établi sous la forme de thèmes et d'indicateurs (sous-thèmes) qui devront être abordés par l'interviewer durant l'entretien, en fonction de la dynamique interlocutoire (Fernandez & Catteeuw, 2001). Ce guide est à la disposition de l'enquêteur pour lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Toutefois, il convient de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien.

L'identification des thèmes liés à l'objectif de cette recherche s'est vue imposée en premier lieu. Comme voulu par Fortin (2006), les thèmes et les sous-thèmes majeurs ont été établis, pour ensuite formuler les questions favorisant l'évocation de ces thèmes au cours de l'entrevue. Le choix des thèmes a été essentiellement guidé par la recension des écrits

effectuée. Au début du guide, on retrouve les éléments tels que le préambule, le motif de consultation du participant au service de gériatrie et l'histoire du participant.

Finalement, notre guide d'entretien a donc été structuré de la manière suivante :

Préambule :

Identification du participant :

Thème 1 : Processus familiaux dans les conduites addictives

Thème 2 : Peur d'un danger qui menace directement l'individu

Thème 3 : Peur qu'un danger le sépare du groupe familial

Thème 4 : Peur de séparation avec certains membres du groupe familial

4.8. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens se sont faits par une seule et une seule personne, en l'occurrence le chercheur responsable de ce mémoire. Tout d'abord, les adolescents étaient sollicités à participer à la recherche dès leur consultation au service d'hématologie. Par la suite, ceux qui étaient intéressés nous donnaient leur avis à l'instant même. Au même moment, nous présentions aux participants potentiels le but et l'objectif de l'étude. Une attention particulière était accordée à les rassurer quant à l'aspect de la confidentialité de leurs propos. Nous encourageons également les futurs participants à poser toutes les questions qu'une participation à la recherche suscitait pour eux. Ensuite, à la lumière des précisions apportées, nous nous assurons que la personne était toujours consentante à participer à l'étude, en lui rappelant qu'elle était libre de s'en retirer en tout temps. Dans les faits, nous avons procédé à la sélection de nos participants en nous référant aux critères d'inclusion.

Nous nous sommes référés aux recommandations de Norwood (cité par Fortin, 2006) pour conduire ces entretiens. En effet, cet auteur stipule que lors du déroulement de l'entretien, il convient de préciser l'objectif de l'étude, d'indiquer comment la sélection des participants a été faite, d'assurer aux participants la confidentialité des informations et d'obtenir le consentement de la personne.

Les entretiens ont duré en moyenne 45 minutes selon la disponibilité du participant.

La première rencontre fut consacrée à la présentation du protocole de collecte à la direction. Nous avons répondu aux interrogations des participants afin de favoriser un climat de confiance.

La deuxième rencontre fut consacrée aux entretiens proprement dits avec le personnel. Conformément au contexte de la recherche où c'est le chercheur qui fait la demande, nous introduisons par une consigne, assis face à face :

« Bonjour. Je m'appelle Rostand. Je suis étudiant en Education spécialisée à l'université de Yaoundé I. je mène une étude sur les comportements addictifs. Je m'intéresse aux jeunes. J'aimerais que nous parlions de votre addiction. J'aimerais que vous me permettiez d'enregistrer et de prendre des notes pendant nos entretiens. Je vous garantis la confidentialité de ces entretiens. Une fois de plus, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement éclairé ».

C'est au cours de cet entretien que les participants ont fait une présentation détaillée d'eux-mêmes. Il s'agissait en fait de donner leurs caractéristiques sociodémographiques. Aussi, ils ont parlé de leur stratégie d'accompagnement face à la personne âgée.

La troisième rencontre fut consacrée au deuxième entretien proprement dit. Au cours de cette rencontre, les participants ont abordé leur travail auprès de la personne âgée. Avant d'aborder cet aspect, nous revenions sur certains éléments du dernier entretien qui n'étaient pas très clairs afin d'apporter plus de précision. Il importe de mentionner que la plupart des participants semblaient prendre un réel déplaisir à parler de leur travail auprès de la personne âgée. Mais, lorsque nous les mettions en confiance, ils parvenaient à surmonter cette difficulté et à verbaliser.

Notons que pour toutes les rencontres qui se sont tenues, nous disposions d'une salle d'écoute calme, discrète et agréable. Par ailleurs, au cours des entretiens, nous avons utilisé un bloc note et un stylo, auxquels nous avons associé un enregistrement audio. Ce dispositif de collecte de données est mis en place au moment même de l'entretien. Evidemment, les participants ont été mis au courant de leur utilisation au moment même de la consigne. Ces enregistrements audio ont été faits à l'aide d'un téléphone portable. Ceci nous a permis d'éviter des oublis souvent connus lorsque le chercheur procède à la prise des notes lors des entretiens. Certaines données factuelles pertinentes ont été prises en note au cours des entretiens. L'ensemble des données, tant verbales que factuelles, ont été transcrites sous forme de verbatim à la fin de chaque rencontre avant d'être analysées.

4.9. TECHNIQUE D'ANALYSE DES ENTRETIENS : Analyse de contenu

Considérant le caractère qualitatif de la technique utilisée (entretiens semi-structurés), l'analyse de contenu a été identifiée comme étant la plus appropriée. L'analyse de contenu est un mode de traitement de l'information qui s'applique à toute forme de discours, d'images et de communication. Elle vise une lecture seconde d'un message, pour substituer à l'interprétation intuitive ou instinctive une interprétation construite (Bardin, 1989). L'opération tient à sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information. Cette technique est destinée à établir la signification et à permettre une compréhension éclairée des documents analysés. Elle nous aidera à saisir le sens exact du message des participants à travers leur discours, dans toute sa subjectivité et son intersubjectivité. Les opérations de relecture et d'écriture, lors de l'analyse du discours, favoriseront l'émergence de sens selon le vécu du participant, dans son contexte. C'est pour cette raison que le chercheur tentera de relier tous les éléments entre eux (Poupar, 1997).

Dans cette étude, l'analyse du contenu des entretiens se fera selon deux approches utilisées de manière complémentaire. D'une part nous ferons recours à l'analyse thématique et d'autre part à l'analyse séquentielle.

4.9.1. Analyse thématique

Pour Pedinielli (1994) l'analyse thématique est avant tout descriptive, elle correspond à une complexification de la question simple, de quoi le sujet parle-t-il ? Elle procède par le découpage du discours et recensement des thèmes principaux qui peuvent faire l'objet d'analyse différente selon les questions et les objectifs de recherche. Elle permet d'examiner la signification des mots et de reconstruire le sens de leurs phrases.

Dans cette recherche, cette analyse se fera de manière transversale. Nous allons recenser les points de convergence et divergence entre les récits recueillis. Ainsi comme le veut Fortin (2010), nous procéderons à la codification du contenu de chaque entretien selon les questions abordées. D'abord, l'ensemble du contenu sera regroupé selon des thèmes préétablis. Le contenu entier sera ensuite passé minutieusement en revue afin de faire une codification plus fine et ce, en identifiant les unités de sens. Chaque unité de sens sera classée selon le thème auquel il correspondra. La dernière étape (l'élaboration des catégories) consistera à identifier les thèmes majeurs et récurrents afin que des catégories conceptuelles

s'en dégagent. Le contenu lié à chacune des catégories sera ensuite explicité et détaillé. Afin d'augmenter la fiabilité de l'analyse, l'intervention de plusieurs tiers, en occurrence le directeur de ce mémoire et deux enseignants chercheurs de notre département, a été sollicitée afin de valider les catégories conceptuelles que nous avons relevées.

4.10. CONSIDERATIONS ETHIQUES

La recherche en sciences sociales et humaines a ceci de particulier qu'elle porte sur des aspects de l'activité humaine, sinon sur l'être humain. Elle doit être conduite dans le respect strict des droits de la personne quels que soient les aspects étudiés. Les décisions conformes à l'éthique sont celles qui se fondent sur les principes du respect de la personne et de bienfaisance (Fortin, 2006). Au cours de cette recherche, nous avons donc suivi un certain nombre de règles déontologiques.

Il s'agit entre autres : les participants ont été informés en ce qui concerne la nature, les buts poursuivis et l'utilisation des résultats de la recherche par le canal d'une notice d'information. La participation à cette étude était entièrement libre. En effet, les participantes étaient entièrement libres de participer ou non à la recherche et ce sans aucune conséquence quelconque. Afin de s'assurer que la participation soit libre et volontaire, une fiche de consentement libre et éclairé à participer à la recherche et à l'enregistrement des entretiens a été signée par chaque participante. L'anonymat a été respecté à travers le caractère anonyme et confidentiel du contenu des entretiens. Il est également important de mentionner ici, que chaque participante était libre de se retirer de la recherche à tout moment. Nous avons tenu au respect du règlement intérieur de l'hôpital central de Yaoundé.

Sur le plan des risques, il était possible que les thèmes abordés au cours de l'entretien fassent ressortir des émotions négatives comme la tristesse, de la culpabilité ou de la colère chez les participants. Si une telle situation s'était produite, les compétences en relation d'aide que nous avons acquises au cours de notre formation nous auraient permis d'aider les participants à gérer ces émotions. S'il s'était avéré trop difficile pour les participants de poursuivre l'entretien pour quelque raison que ce soit, ils auraient été écoutés ou alors l'entretien aurait pris fin sur le champ. En effet, il peut arriver qu'un entretien face ressurgir des émotions importantes chez les participants de par la nature des sujets abordés. Donc, le chercheur doit se préparer afin de pouvoir être soutenant et empathique si cette situation survient.

Afin de s'assurer de l'anonymat des participants, nous avons choisi un pseudonyme pour désigner le participant tout au long de la réalisation du projet de recherche (transcription de l'entretien, analyse et interprétation des données, etc.). De plus, tous les indices pouvant conduire à la reconnaissance des lieux où vivent, d'où proviennent et qui sont les participants, leur parent ont été systématiquement exclus lors de la transcription des entretiens.

Par la suite, afin de préserver la confidentialité de l'information qui a été utilisée au cours de l'étude, différentes mesures ont été prises. Premièrement, un formulaire de consentement a été remis à chaque participant. Ce formulaire contenait des informations sur l'identité du chercheur, l'objectif, l'intérêt de l'étude et bien d'autres. Deuxièmement, chacun des enregistrements des entretiens fut enregistré dans un fichier d'ordinateur qui nous était accessible avec l'utilisation d'un mot de passe. Cependant, chaque enregistrement a été détruit dès que sa transcription a été terminée.

Nous avons convenu avec les participants qu'ils pouvaient, en toutes circonstances, se retirer du processus de recherche. Notamment, le fait de se prévaloir de ce droit de retrait a été inconditionnel et sans risque pour le participant. Notons que toutes les clauses précédentes se retrouvaient dans le formulaire de consentement afin de s'assurer du caractère volontaire des participants, et ce, selon leur consentement libre et éclairé. Avant de commencer toute collecte d'informations, c'est-à-dire avant de débiter l'entretien avec un participant, la signature de ce formulaire a été exigée de ce dernier.

Ce chapitre traitait de la méthodologie de l'étude. Le chapitre suivant sera consacré à l'analyse des informations.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans cette dernière partie ayant pour objectif de présenter les résultats obtenus de notre terrain, il sera question pour nous d'exposer les résultats concernant le contexte familial, De la peur d'un danger qui menace directement l'individu au développement des conduites addictives, De la peur qu'un danger le sépare du groupe familial au développement des conduites addictives, De la peur de séparation avec certains membres du groupe familial au développement des conduites addictives.

5.1. RESULTATS DE LA RECHERCHE

Il est important de préciser ici que les noms utilisés pour désigner nos participants sont les noms d'emprunt pour préserver leur anonymat. Toute ressemblance avec une personne réelle exerçant dans les catégories décrites pour nos participants ne devra être considérée que comme relevant d'une simple coïncidence et non d'un ciblage particulier.

5.1.1. Présentation sommaire des participants

5.1.1.1. Participant 1

André est un jeune adolescent, âgé de 19 ans. Il appartient à une fratrie de 5 enfants dont il est le cinquième. André est en classe de terminal A allemand, il est un consommateur de drogue notamment le cannabis et la cocaïne et ceci depuis la classe de 6^{ème}. Il vit en famille et les relations avec les parents ne sont pas très bonnes.

5.1.1.2. Participant 2

Arthur est un jeune adolescent, âgé de 17 ans. Il est fils aîné dans une fratrie 3, soit deux sœurs. Arthur est en classe de 2nd A et se livre à des jeux de hasard/argent (Ludo et 1xbet) en moyenne 5.000 franc comme dépense journalier et ceci dure environ 3 ans, aussi, il consomme du cannabis, de la cigarette et de l'alcool depuis près de 4 ans (4/5 fois par semaine, ou des fois tout la semaine). Il vit avec sa mère, ainsi que ses deux sœurs. Les relations sont de temps à autre tendues.

5.1.1.3. Participant 3

Alexandra, jeune fille âgée de 19 ans, benjamine d'une fratrie de 5 enfants. Elle est étudiante, niveau 2 en biologie médicale. Elle consomme du cannabis et de la cocaïne et ceci depuis près de 7 ans. Elle évite les rapprochements, elle a peu de relations interpersonnelles car n'aime pas être jugée. Elle vit en dehors du cercle familial.

5.1.1.4. Participant 4

Bobo, est un jeune garçon, âgé de 17 ans. Il est fils unique et est en 2nd A4 Esp. Sa maman est à l'étranger et vit avec sa grand-mère ici au pays. Il consomme du cannabis, de la cocaïne et la nicotine et ceci depuis près de 10 ans. Les rapports avec sa grand-mère sont de temps à autre tendus.

5.1.1.5. Participant 5

Fanta, jeune fille âgée de 18 ans, l'aînée d'une fratrie de 3, elle a obtenu son probatoire et a mis un arrêt à la poursuite de ses études, cet arrêt semble être provisoire en attendant que sa situation se stabilise. Car elle est consommatrice de cigarette et du cannabis et ceci dure 3 ans déjà. Elle vit en famille et leurs rapports se montre être tendus à des moments.

5.1.1.6. Participant 6

Cécilia, jeune fille scolarisée, actuellement en deuxième année informatique. Elle a 20 ans, dernière née d'une fratrie de deux. Elle vit avec sa tante en dehors du pays, venu en vacances du fait de sa consommation du cannabis, elle se trouve empêchée de rentrer pour poursuivre ses études. Elle reste avec sa maman et les rapports sont moins bons.

5.1.2. Présentation des résultats

5.1.2.1. Le contexte familial

La structure familiale, ou du moins la manière dont les jeunes vivent ce qui se passe à la maison est l'une des influences en lien avec la consommation évoquée par nos participants. Certains mentionnent néanmoins un lien entre les effets recherchés par la consommation

(oublier) et des problèmes familiaux. Les problèmes au sein de la famille peuvent être évoqués pour expliquer leur propre consommation, ou celle des jeunes en général. Dès lors, la famille n'est pas forcément nommée directement, le premier effet recherché par les jeunes est « d'oublier ». À titre d'exemple, un jeune explique ce qui peut mener les jeunes en général vers la consommation :

Ben ils n'ont peut-être pas fréquenté le même monde, des influences, des affaires de même. Ça peut être la famille aussi là. Ben si la famille, il y a des problèmes de drogue dans la famille disons tu sais ben... ou qu'il y a déjà eu ce problème-là tu sais sa famille, si sa famille est dans la drogue ou xx le monde qui sont dans la drogue ou le monde qui sont dans la drogue là ça l'influence la famille.

Un autre jeune met directement en lien ce qui s'est passé dans sa famille avec ses expériences :

... T'sais la plupart du monde qui consomment, y consomment pour geler leurs émotions. Ben moi, d'après moi c'pour ça que j'consommais, parce que ma mère aussi est partie quand j'avais 8 ans, pendant 7 ans d'temps. Ça c'est d'quoi aussi là, fait que ça, y fallait que j'le gèle t'sais. Pis mon père qui m'a crissé dehors, ça n'a pas été tout l'temps facile là à l'accepter là.

Dans leur discours, certains des répondants abordent les difficultés familiales. Ainsi, en lien avec la littérature, nos résultats confirment l'influence du contexte familial (CNPC, 2009 ; Fortin & Strayer, 2000). Néanmoins, nos participants ne nomment pas clairement les différents facteurs tels que la discipline parentale ou la constitution de la famille (monoparentale ou biparentale). Le discours des jeunes n'est pas toujours précis pour expliquer ce qui ne va pas dans le contexte familial. Dès lors, il est parfois difficile de distinguer le lien avec leur comportement. Ainsi, certains affirment avoir été placés quand ils étaient jeunes ou parce que leurs parents consommaient. Il semble cohérent que les jeunes ne nomment pas la discipline parentale comme facteur influant, dans la mesure où ils n'ont pas forcément la distance ou la connaissance nécessaire pour identifier les différents facteurs que proposent les écrits scientifiques. Dans les faits, 2 des jeunes ont vécu un placement, les raisons concernant le placement impliquent le comportement des jeunes, leur consommation et dans certaines situations les jeunes mentionnent que c'est en lien avec la situation qu'ils vivent à la maison. Par rapport à certains problèmes qu'ils éprouvent au sein de leur famille, certains participants affirment consommer pour oublier.

5.1.2.2. De la peur d'un danger qui menace directement l'individu au développement des conduites addictives

La famille est la principale figure d'attachement, la fonction d'attachement représente une fonction adaptative à la fois de protection et d'exploration. La famille, ou son substitut, constitue une base de sécurité pour son enfant. Quand l'environnement ne répond pas de manière adéquate à l'expression des besoins du jeune enfant mais continue de le protéger, l'enfant développe des stratégies d'adaptation, une sorte de compromis entre ce dont il a besoin et ce que la famille peut lui donner ou peut tolérer de ses besoins.

A l'adolescence, les représentations angoissantes, douloureuses et conflictuelles d'une séparation d'avec les objets parentaux s'associent aux représentations qui peuvent être tout aussi angoissantes, douloureuses et conflictuelles d'un lien avec un « objet grand amour ».

Après avoir observé les cas de l'étude pendant, et suite aux différents entretiens, il ressort que les cas qui faisaient l'objet de la recherche présentent un type d'attachement distinct de l'autre. Nous observons en premier un attachement « insecure anxieux-résistant », en second cas, c'est un attachement « anxieux évitant », et en dernière position présente un attachement « désorganisé ». Ce qui permet d'expliquer le vécu des adolescents au sein des familles. Les verbatim suivantes nous permettent de mieux comprendre la peur d'un danger qui menace directement l'individu :

La seule chose qui me fait peur c'est l'abandon ; abandon amicale, les relations intimes, parentales et pour y remédier, je me renferme encore sur moi-même et je transmets une fausse émotion, image de moi pour pouvoir rester seule.

Peur d'arrêter de fumer, je m'inquiète pour ma santé, ma santé me fait peur.... Je regrette après avoir fumé, difficile d'arrêter »

L'abandon, l'abandon que ce soit amicalement, fraternellement, intimement, parental, c'est pourquoi je dis dans tous les sens,...

Les dires des participants nous font comprendre que ce sont les conflits qu'ils ont eus avec les objets parentaux qui ont amené à se séparer de la base de sécurité émotionnelle et à s'engager dans des groupes des pairs pour trouver des solutions à leurs problèmes. L'attachement désorganisé dont ils font l'objet durant l'enfance, a en partie des répercussions tout au long de la période d'adolescence. L'engagement dans les groupes des pairs a été un

tournant décisif dans le développement de ces conduites addictives à telle enseigne qu'ils sont devenus non seulement le *diller* du groupe mais aussi le *caïd*. Le groupe qui vient combler des parents défailants a entraîné à commencer la consommation de la drogue qui comble non seulement le vide des parents, mais aussi celui du groupe induisant les peurs, les angoisses de l'existence.

L'adolescence va entraîner un certain nombre de modifications : internes, cognitivo-affectives, dans les relations avec les parents et les pairs, et qui vont avoir un retentissement important sur le comportement d'attachement.

Les comportements de l'adolescent vis-à-vis de ses figures d'attachement peuvent apparaître fortement contradictoires, si on ne les examine pas sous l'angle des changements développementaux liés au processus d'adolescence. En effet, l'adolescent semble engagé dans une fuite active de ses relations d'attachement aux parents qu'il revendique parfois haut et fort au nom de l'indépendance et de la quête d'autonomie. Il donne le sentiment que ses liens d'attachement constituent une contrainte et le restreignent dans ses efforts d'autonomisation. Raison pour laquelle les adolescents préfèrent adhérer dans des groupes des pairs pour pouvoir exprimer leurs besoins et leurs émotions et acquérir cette autonomie dont ils ont tant besoin.

Les adolescents insécures et leurs parents sont probablement débordés par les affects qui accompagnent les conflits. Bien que la plupart des parents et des adolescents puissent être gênés dans la gestion des conflits, ces dyades adolescents-parents insécures ont sans doute beaucoup plus de difficultés à exprimer leur malaise et leurs contrariétés dans la relation d'attachement. Cela peut les laisser plus vulnérables par rapport à des sentiments de colère ou de blessure, et peut conduire les deux parties en conflit à s'éloigner rapidement d'une discussion raisonnée pour s'approcher d'une position de « combat ou de fuite » et d'une implication totale dans un groupe des pairs les amenant à s'identifier au groupe et à obéir aux règles de ce groupe pour en faire partie. L'utilisation de drogues peut donc donner l'illusion d'un sentiment de base de sécurité à ces adolescents insécures en soulageant, du moins à court terme, leurs sentiments d'angoisse, d'ambivalence ou de souffrance ; sentiments d'autant plus accrus lorsqu'ils doivent quitter la maison et établir de nouvelles relations, et ce d'autant qu'ils ont intégré de devoir donner une image d'eux-mêmes comme fonctionnant bien, sans aide extérieure.

5.1.2.3. De la peur qu'un danger le sépare du groupe familial au développement des conduites addictives

Pour Bailly (2005, p. 63), renoncer à la sécurité du milieu familial et aux images parentales idéalisées, et s'investir pleinement dans une relation interpersonnelle avec un partenaire de l'autre sexe n'est pas toujours facile et ravive les expériences antérieures de séparation. Bailly rejoint Bowlby qui affirmait : « un trouble angoisse de séparation émergeant en dépression clinique représente une forme pathologique de réponse à la perturbation des liens d'attachement ». Le trouble des conduites se caractérise essentiellement par un ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui.

Peur de perdre une personne et de ne plus la revoir (mère, père, tante, grand-mère). Le fait de dire que je ne vais pas fumer après je fume, non control. Et les autres me disent je ne vais jamais changer. Dison être indépendant pour ne plus dépendre des parents.

Toujours peur de l'abandon, car à chaque fois que j'ai toujours essayé de m'ouvrir, j'ai été déçu.

L'homme ne vit pas uniquement au présent. A mesure que s'accroissent les facultés cognitives de l'enfant, il devient capable de prévoir l'éventualité de diverses situations, parmi lesquelles certaines dont il sait qu'elles entraînent la peur. Et, parmi les nombreuses situations effrayantes que peut imaginer l'enfant ou l'adulte, aucune n'a plus de chance que la plus effrayante que celle, ou la figure d'attachement doit être absente ou de manière plus générale, indispensable en cas de besoin. En présence d'un compagnon fidèle, la peur de toutes sortes de situations diminue ; quand, à l'inverse, on est seul, la peur de toutes sortes de situations s'accroît. Du moment que, dans nos vies à tous, nos compagnons les plus dignes de confiance sont nos figures d'attachement, il s'en suit que le niveau de notre susceptibilité à la peur dépend en grande partie de leur présence ou de leur absence.

5.1.2.3. De la peur de séparation avec certains membres du groupe familial au développement des conduites addictives

D'après la théorie d'attachement, les relations entre pairs ont sur l'adolescent une influence distincte de celle des relations parent-enfant. A partir de l'adolescence, les relations aux pairs vont servir essentiellement de fonction de socialisation en satisfaisant les besoins affiliatifs du sujet. Elles vont également pouvoir représenter progressivement des figures

d'attachement. À ce propos, Ainsworth (1989) définit quatre caractéristiques qui distinguent les relations d'attachement des autres relations sociales : la recherche de proximité, l'utilisation de la figure d'attachement comme une « base sécurisée » (exploration plus libre en sa présence), le recours possible à un comportement de refuge (une retraite vers la figure d'attachement s'il existe une menace perçue), une réaction marquée vis-à-vis de la séparation (protestations lors de séparations involontaires).

Toujours peur de l'abandon, car à chaque fois que j'ai toujours essayé de m'ouvrir, j'ai été déçu ».

Peur de séparation avec la mère, car c'est elle qui me soutien

La mort

La poussée vers l'autonomie à l'adolescence est extrêmement puissante. Elle va exercer une forte pression pour utiliser les pairs comme figures d'attachement, de manière à satisfaire les besoins d'attachement. Dans cette perspective, l'adolescence est une période où les besoins d'attachement, loin de disparaître, sont progressivement transférés ailleurs. Cet attachement transféré sur les pairs peut influencer sur les comportements que les adolescents adoptent au sein des groupes familiaux.

5.2. ANALYSE DES RÉSULTATS

Par rapport à leurs différents milieux de vie, les jeunes sont capables de nommer, tel que le témoignent certaines citations, des facteurs en lien avec leur environnement et sont influencés. Ces informations ne sont pas pour autant prépondérantes, tel que peuvent l'être la présence et l'influence de la famille et des membres de famille proches des jeunes. Comme on pouvait s'en douter, la présence de la famille dans le contexte de consommation de nos répondants est considérable. Ainsi, il y a lieu de se questionner quant à l'évolution et au changement des structures familiales des adolescents. Tel qu'il est possible de le constater dans les résultats, le changement d'attitude et de perception dans la famille du jeune, fait partie des variables représentées de manière significative dans le discours des répondants. Ainsi, deux des six jeunes abordant la question nomment un changement d'attitude et de perception de soi plus positive dans la famille au cours de la période des entrevues et quatre de ces six participants ayant abordé le sujet, mettent en lien le changement d'attitude et de perception de soi plus positive et l'acceptation dans la famille avec la baisse de consommation.

Les résultats montrent que la consommation au sein de la famille des adolescents interviewés n'est pas négligeable. Plus nombreux sont les jeunes à avoir souligné la consommation de leurs parents (2 sur les 6 ayant abordé la question) que de leur fratrie (4 sur 6).

Dès lors, les difficultés vécues en milieu familial semblent présentes dans leur discours et paraît même les préoccuper. Ainsi, il résulte que certains jeunes sont en mesure de nommer des facteurs de l'environnement familial, comme les disputes, les mésententes, la violence, lieu de résidence..., comme influant. Néanmoins, il faut savoir que tous les jeunes n'expriment pas de telles réflexions. Au-delà du vécu familial dont ils ressentent parfois les méfaits, d'autres aspects tels que le contexte économique dans lequel ils vivent n'a pas été abordé.

Les résultats suggèrent que certains adolescents sont concernés par la fugue, par le placement, ou par les deux situations. Ainsi, le placement éloignant les adolescents du microsysteme famille, du microsysteme amis et de leur exosysteme (quartier de résidence), influence-t-il la diminution de consommation des jeunes ? Il est à remarquer qu'à la lumière des résultats, nos répondants nomment de multiples inconvénients intrinsèques à leur consommation en lien à la situation familial, tel que la dépendance, les problèmes de santé, la détérioration de l'apparence ou encore le placement.

Contrairement à l'enfant, l'adolescent comprend davantage les forces qui agissent dans son environnement et il dispose d'un rayon d'action beaucoup plus vaste. En retour, c'est à l'environnement de s'adapter au développement de l'adolescent et de lui octroyer l'autonomie nécessaire à son développement (Drapeau, 2008).

Dès lors, ce qui ressort de notre étude est que les jeunes sont en mesure de nommer certains facteurs d'influence tels que l'influence de la situation familiale sur leur conduite de consommation de drogue qui circule dans leur quartier. Ils semblent donc sensibles à leur environnement. Par rapport à leur perspective, les écrits scientifiques proposent une vision plus globale de leur environnement et incluent la sphère politique dans les influences identifiées. Ainsi, à ce niveau, la recension des écrits offre une vue complémentaire au discours des adolescents.

Les différentes crises familiales, la mondialisation et la globalisation des conduites ont engendré des changements structuraux des familles. Ces changements ont modifié les conditions d'existence et les rapports entre les jeunes et la famille. Nous parlons d'effritement

ou d'un affaïssement de certains liens sociaux. La modification des conduits parentales a une influence sur les jeunes. Dès lors, l'insertion des adolescents passe par une certaine individualisation des parcours (Goyette & Royer, 2009), ce qui peut comporter certains avantages et certains inconvénients. Ainsi, la modification des modèles familiaux est à considérer dans le sens où les adolescents sont touchés par cette problématique. Tous ces événements ne favorisent pas le sentiment de sécurité et ne permettent pas forcément à un jeune en quête d'identité de trouver sa place dans la famille. Par ailleurs, les changements structuraux sont à prendre en considération dans un cadre macrosystémique et font partie des influences indirectes influençant les jeunes et la famille dans laquelle ils se développent.

Ainsi, les jeunes sont plus vulnérables par rapport aux répercussions négatives de la transformation de la structuration des familles et sont les premiers affectés par la précarité, la flexibilité familiale. De même, Lundy (2004) propose de considérer les problèmes individuels et sociaux dans un contexte structurel. En effet, trop souvent, la structure familiale des problèmes individuels n'est pas prise en compte. Face aux inégalités sociales et politiques, il convient de s'intéresser aux problèmes qui sous-tendent ces situations. Dès lors, dans le cadre du macrosystème, il faut prendre en considération la structure familiale dans laquelle vivent les adolescents et les inégalités qu'elle engendre et perpétue. Il importe de dépasser les lectures individualisantes des problématiques en lien avec les jeunes et de développer une dynamique solidaire avec les jeunes en difficulté.

Il existerait un manque de confiance envers les parents, car l'adolescent vit dans une incertitude, l'affection qui se transmet à travers les mots les câlins et les émotions est caduque. Le temps passé en famille est négligeable du fait des occupations parentales ceci pour conséquence des manques de connaissance totale du ressenti et voir certain besoin chez l'adolescent. En retour l'adolescent va simplement ignorer, méconnaître l'autorité parentale, ce lien qui se fissure et se distant place les centres d'intérêt de l'adolescent ailleurs. En effet, l'absence de dialogue ou simplement le fait que les parents ignorent les appels de l'enfant avec une projection négative sur l'enfant.

Si je suis ce que je suis aujourd'hui c'est en partie à cause de mon père, je ne suis pas content de mon père, je déteste mon père.

Dans la famille, où il est observé par exemple des cas de favoritisme entre les enfants, l'absence de soutien des parents en cas d'échec, l'irresponsabilité, l'indifférence, la mésestime. Ceci a pour effet une absence d'écoute de la part des parents, et entraîne l'adoption des comportements déviants chez l'adolescent, à savoir le vol d'argent ou d'autres

objets à la maison, faire les petits boulots ..., La réaction des parents c'est généralement le commissariat (bastonnade, des jours en cellule) et ceci a pour effet de la rébellion.

Le fait de me retrouver au commissariat, j'ai rencontré des fumeurs, bandits, ils vont te révolter et t'encouragé avec les conseils tels que : tu dois te révolter, ils te donnent des numéros.

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION

Ce chapitre est principalement consacré à l'interprétation des résultats obtenus et à leur discussion. Dans cette optique, nous allons dans un premier temps faire une synthèse des dits résultats, un bref rapport des données théoriques. Ensuite nous les interpréterons à la lumière des théories sur lesquelles s'étaye notre étude. Nous ferons une discussion au regard des recherches antérieures. Enfin, nous présenterons les implications et les perspectives de notre étude.

6.1. Rappel des résultats

Par rapport à leurs différents milieux de vie, les jeunes sont capables de nommer, tel que le témoignent certaines citations, des facteurs en lien avec leur environnement et son influence. Ces informations ne sont pas pour autant prépondérantes, tel que peuvent l'être la présence et l'influence de la famille et des membres de famille proches des jeunes. Comme on pouvait s'en douter, la présence de la famille dans le contexte de consommation de nos répondants est considérable. Ainsi, il y a lieu de se questionner quant à l'évolution et au changement des structures familiales des adolescents. Tel qu'il est possible de le constater dans les résultats, le changement d'attitude et de perception dans la famille du jeune, fait partie des variables représentées de manière significative dans le discours des répondants. Ainsi, deux des six jeunes abordant la question nomment un changement d'attitude et de perception de soi plus positive dans la famille au cours de la période des entrevues et quatre de ces six participants ayant abordé le sujet, mettent en lien le changement d'attitude et de perception de soi plus positive et l'acceptation dans la famille avec la baisse de consommation.

Les différentes crises familiales, la mondialisation et la globalisation des conduites ont engendré des changements structuraux des familles. Ces changements ont modifié les conditions d'existence et les rapports entre les jeunes et la famille. Nous parlons d'effritement ou d'un affaïssement de certains liens sociaux. La modification des conduits parentales impact sur les jeunes. Dès lors, l'insertion des adolescents passe par une certaine individualisation des parcours (Goyette & Royer, 2009), ce qui peut comporter certains avantages et certains

inconvenients. Ainsi, la modification des modèles familiaux est à considérer dans le sens où les adolescents sont touchés par cette problématique. Tous ces événements ne favorisent pas le sentiment de sécurité et ne permettent pas forcément à un jeune en quête d'identité de trouver sa place dans la famille. Par ailleurs, les changements structuraux sont à prendre en considération dans un cadre macrosystémique et font partie des influences indirectes influençant les jeunes et la famille dans laquelle ils se développent.

Ainsi, les jeunes sont plus vulnérables par rapport aux répercussions négatives de la transformation de la structuration des familles et sont les premiers affectés par la précarité, la flexibilité familiale. De même, Lundy (2004) propose de considérer les problèmes individuels et sociaux dans un contexte structurel. En effet, trop souvent, la structure familiale des problèmes individuels n'est pas prise en compte. Face aux inégalités sociales et politiques, il convient de s'intéresser aux problèmes qui sous-tendent ces situations. Dès lors, dans le cadre du macrosystème, il faut prendre en considération la structure familiale dans laquelle vivent les adolescents et les inégalités qu'elle engendre et perpétue. Il importe de dépasser les lectures individualisantes des problématiques en lien avec les jeunes et de développer une dynamique solidaire avec les jeunes en difficulté.

Il existerait un manque de confiance envers les parents, car l'adolescent vit dans une incertitude, l'affection qui se transmet à travers les mots les câlins et les émotions est caduque. Le temps passé en famille est négligeable du fait des occupations parentales ceci pour conséquence des manques de connaissance totale du ressenti et voir certain besoin chez l'adolescent. En retour l'adolescent va simplement ignorer, méconnaître l'autorité parentale, ce lien qui se fissure et se distant place les centres d'intérêt de l'adolescent ailleurs. En effet, l'absence de dialogue ou simplement le fait que les parents ignorent les appels de l'enfant avec une projection négative sur l'enfant.

6.2. Bref rappel des données théoriques

L'observation d'alcooliques et de toxicomanes, de joueurs pathologiques et de mangeurs excessifs, a montré que ces individus partagent tous des similarités même si l'objet de leur dépendance est de nature différente (Peele, 1985, 2002). D'ailleurs, la présence de multiples dépendances est souvent observée, ce qui suggère des liens possibles entre les différentes addictions et la présence d'une causalité commune (Arseneault et al. 2001 ; Barnes

et al. 2005 ; Griffin-Shelley, Sandler, & Lees, 1992 ; Gupta & Derevensky, 1998b ; Jacobs, 1986 ; Wanner et al. 2006).

C'est dans cet esprit que Jacobs (1986) élaborera la théorie générale des addictions. Il soutient que l'effet de conditions physiologiques et psychologiques aversives chez un individu le vulnérabilise à développer une dépendance. Selon ce modèle, deux conditions peuvent contribuer de façon significative au développement des dépendances :

1) avoir un niveau d'activation physiologique anormal (trop faible ou trop élevé) se traduisant par la présence d'hyperactivité ou de dépression ;

2) avoir un profil psychologique vulnérable se traduisant par une perception négative de soi-même ou un sentiment d'inadéquation.

Il est à noter que la présence de dépression pourrait aussi être le reflet de la composante psychologique selon ce modèle (Gupta & Derevensky, 1998b). Ainsi, lorsqu'un individu présente ces vulnérabilités et que son environnement est favorable au développement d'une dépendance, il est considéré à risque (Jacobs, 1986). Le choix du comportement (ou de la substance) qui sera l'objet de la dépendance est tributaire de sa capacité à combler le besoin d'évasion (ou besoin dissociatif) éprouvé par l'individu en réaction à une souffrance chronique générée par les prédispositions physiques et psychologiques décrites plus haut. Un niveau d'activation physiologique trop élevé ou trop faible crée un état de stress chez l'individu qui l'incite à rechercher un soulagement lui procurant un effet tranquillisant ou au contraire, un effet stimulant. Par exemple, l'effet tranquillisant recherché peut-être obtenu par la prise de certaines substances, dont l'alcool, alors que l'effet stimulant peut-être notamment obtenu par la prise de risques, comme la consommation de substances de la catégorie des stimulants (ex : speed, cocaïne). L'objectif étant d'atteindre un état d'équilibre, d'homéostasie.

Or, le jeu est souvent désigné comme un comportement de prise de risques (Gupta & Derevensky, 1998b) qui permettrait d'augmenter un niveau d'activation physiologique trop faible. Les joueurs pathologiques sont en effet connus pour être des individus présentant un besoin élevé de prise de risques, une sensibilité à l'ennui et une tendance à la dépression (Blaszczynski, McConaghy, & Frankova, 1990 ; Blaszczynski & Nower, 2002 ; Dickerson, 1993). Selon Jacobs (1986), les conduites addictives sont une tentative d'auto-traitement afin de répondre à un état de stress chronique qui cause un inconfort chez l'individu. Cette position rejoint aussi les propos de Blaszczynski et Nower (2002) qui soutiennent l'existence de trajectoires types chez les individus ayant développé une dépendance aux JHA (jeux de hasard

et d'argent). Selon ces auteurs, des joueurs qui présentent des conditions vulnérabilisantes, telles qu'une impulsivité élevée ou une tendance élevée de prise de risques, une détresse psychologique se traduisant par de la dépression ou de l'anxiété, une consommation de SPA (substances psychoactives) inadéquate et de faibles ressources personnelles adaptatives, sont plus à risque de développer un problème de JHA (Blaszczynski & Nower, 2002).

Selon Jacobs (1986), après avoir découvert le soulagement que peut procurer une conduite qui peut potentiellement devenir excessive, s'installe lentement le cycle de la dépendance chez les personnes vulnérabilisées. Ceci est possible en raison du double renforcement, positif et négatif, que procure l'expérience du comportement compulsif. Face à une souffrance réelle ou anticipée, l'adoption de cette conduite procure un soulagement immédiat ou évite une souffrance anticipée (renforcement négatif) et procure un état dissociatif ou un souvenir d'un plaisir procuré (renforcement positif) (Jacobs, 1986). L'individu devient donc très motivé à reproduire le comportement pour atteindre à nouveau cet état dissociatif, et cette recherche de dissociation devient son principal centre d'intérêt. La sensation procurée devient son unique source de satisfaction et la conduite s'intègre à son style de vie (Blaszczynski & Nower, 2002 ; Jacobs, 1986). La définition de la dépendance selon Jacobs va dans le sens des propos de Peele (2009) à l'effet qu'elle existe quand l'attachement d'un individu à une sensation, un objet ou une autre personne est tel qu'il diminue sa capacité à bien s'adapter à son environnement.

Jacobs (1986) suggère que les jeunes sont particulièrement vulnérables puisque l'adolescence est une période de transition au plan développemental qui est ponctuée de nombreux changements physiologiques et psychologiques fortement liés à des conditions favorisant la dépendance aux JHA. Des travaux en neuroscience ont en effet montré que des changements neurologiques importants surviennent durant l'adolescence dans les zones cérébrales reliées à la motivation (système de récompenses) et aux conduites impulsives, deux facteurs reliés au jeu pathologique (Chambers & Potenza, 2003). À cela s'ajoute aussi les nombreuses transformations physiologiques propres au développement des adolescents qui peuvent aussi générer un état de stress circonstanciel (Blakemore, Berenbaum, & Liben, 2009 ; Clemans, DeRose, Graber, & Brooks-Gunn, 2010). Cet état pourrait inciter les adolescents à rechercher un soulagement à travers leurs activités de JHA ou de consommation de SPA par exemple (Jacobs, 1986).

L'applicabilité de la théorie générale des addictions décrite par Jacobs (1986) chez les adolescents a été appuyée dans quelques travaux traitant des habitudes de JHA chez les

adolescents (Gupta & Derevensky, 1998b ; Molde et al. 2009). Dans une étude de Gupta et Derevensky (1998b) menée auprès d'élèves du secondaire, il a été observé que la sévérité des habitudes de JHA est principalement expliquée par le besoin d'évasion (ou besoin dissociatif), lequel est alimenté par des conditions physiologiques (excitabilité ou inexcitabilité) et psychologiques aversives (perception de soi négative et présence de dépression). L'effet direct des conditions physiologiques sur la sévérité des habitudes de JHA est modéré alors que l'effet indirect est plutôt important. En d'autres mots, c'est en passant par le besoin d'évasion (ex. : se sentir en dehors de soi, perdre la notion du temps, se sentir en transe) que se manifeste plus intensément la relation entre les prédispositions physiques et la sévérité des habitudes de JHA. Quant à la dimension psychologique, elle prédit fortement indirectement la sévérité des habitudes de JHA chez les adolescents en alimentant un besoin d'évasion qui est retrouvé dans le jeu, mais aussi directement, bien qu'un effet direct faible ait été trouvé (Gupta & Derevensky, 1998b). Les auteurs rapportent que leur modèle empirique contribue à expliquer 95 % de la variance reliée à la sévérité des habitudes de JHA chez les adolescents étudiés. Ceux-ci ne discutent toutefois pas de la possibilité que des variables introduites au modèle puissent présenter une colinéarité élevée. Un pourcentage de variance expliquée aussi élevé laisse croire en la présence de variables très semblables. Aussi, en ayant traité la consommation de SPA en tant que variable à prédire tout comme la sévérité des habitudes de JHA, l'influence mutuelle de ces deux conduites addictives n'est pas contrôlée dans l'étude de leur modèle théorique. Étant donné la concomitance entre la sévérité des habitudes de JHA et la consommation de SPA (Dickson, 2005 ; Hardoon, Gupta, & Derevensky, 2004 ; Johansson et al., 2009 ; Lynch et al., 2004), il aurait été intéressant que la sévérité de la consommation de SPA soit traitée en covariance ou encore en tant que variable médiatrice. Néanmoins, ce modèle présente des pistes explicatives intéressantes en lien avec les problèmes de JHA à l'adolescence.

6.3. Interprétation des résultats

Dans cette section nous interprétons les résultats des études sur la base de l'hypothèse générale établie au début de cette étude.

6.3.1. Interprétation des résultats par rapport à l'HG : De par les dérèglements familiaux, le vécu familial contribue au développement des comportements addictifs chez l'adolescent.

A la suite d'un traumatisme lié à la perte d'objet chez l'orphelin, les changements se font ressentir dans l'existence même du sujet. Ces souffrances sont de plus en plus visibles surtout quand le traumatisme considéré comme une effraction touche sur l'aspect psychique et psychologique avec des répercussions sur la dimension sociale de sa vie. Ce qui va donc entraver son vécu psychique. Dans la plupart de temps, après la perte d'un être cher, l'individu est appelé à surmonter après un certain nombre de temps déterminé. Mais bien que cela soit difficile, ceux-ci arrivent parce qu'ils ont trouvé en eux et en la société des mécanismes de résilience. Ces mécanismes s'établissent sur la base des composantes du vécu subjectif. Il s'agit entre autres du vécu personnel, du vécu émotionnel et de la confiance en soi. On va l'observer dans leur manière d'agir, de se comporter vis-à-vis de soi et dans ses relations avec autrui. Ces facteurs conviennent d'être mis en exergue pour une meilleure appréhension des analyses.

Les résultats ont révélé que nos sujets, malgré leurs difficultés et leurs souffrances due à la perte d'objet parviennent à élaborer les moyens de résilience ceci à travers les supports des parents de substitution et de leur frère et sœur de l'orphelinat permettant à l'enfant orphelin de se reconstruire, de surmonter sa situation afin de s'adapter à sa nouvelle situation. Cette capacité de résilience est due à son caractère optimiste qui lui permet d'appréhender le bon côté des choses pour continuer à se développer. Etant donné que l'espoir fait vivre, ils oublient ainsi leur passé car ils se sentent en sécurité et réconforter par des parents de substitution.

La confiance en soi est un besoin fondamental et universel pur tout être humain. Cette appréciation est fonction du regard que l'on porte sur soi et de celui de l'autre, de la qualité des relations affectives et de l'évolution faite concernant ses propres réalisations. La confiance en soi influence nos rapports à l'environnement, nos choix et notre façon à nous d'appréhender le monde. Vu que les enfants orphelins ont vécu une situation dramatique, ils portent en eux des souffrances qui dépravent leur vie, les empêchant de s'épanouir et de s'investir dans leur vie. La stratégie mise en place pour contenir les traumatismes vécus consiste pour les orphelins à avoir se faire confiance. C'est ainsi que ceux que nous avons rencontré sur le terrain présentent une confiance en soi. Celle-ci se manifeste dans la manière de gérer leur vie et de se projeter dans le futur. Et de ce fait, cela a provoqué chez eux des

sentiments tels que la valorisation de soi, d'amour envers soi, de confiance en soi. Les résultats de nos participants laissent transparaître ces facteurs, nous pouvons les lire dans ces propos d'Alexandra lorsqu'elle déclare :

Je sais que tout enfant est le fruit de ses propres efforts, donc si je me mets au travail, je vais bien réussir dans ma vie. J'ai confiance en moi et je sais que je peux réussir dans la mesure où je me sens capable de travailler, de bien faire et de recommencer s'il le faut car je ne sais pas rester sans rien faire en plus, tantine Denise s'occupe bien de nous.

Ce qui favorise l'espoir par rapport au futur en amenant la personne à recadrer ses pensées plus positivement. Ce contrôle des événements vécus joue également un rôle important dans leur capacité à surmonter leur traumatisme.

De plus grâce à une confiance en soi, l'individu va chercher à se rapprocher des autres afin d'interagir et établir les liens avec eux. Face à eux, l'individu va développer ses potentialités car dit-on souvent l'homme est un animal social. Le sujet ... nous en dit plus « ... ».

En outre, nous sommes confrontés au quotidien à des situations qui nous demande parfois beaucoup d'énergie, de détermination, de foi, de confiance en nos propres compétences. La capacité de se refaire une vie et de s'épanouir en surmontant un choc traumatique grave, de pouvoir faire face à ce que Cyrulnik (2001) a nommé résilience. Celle-ci s'effectue sur la base d'une confiance en soi. Cette confiance en soi permet à la personne de croire en ses capacités d'agir adéquatement selon les besoins de la situation. Elle donne la détermination nécessaire à la réalisation et elle doit se bâtir à partir du succès obtenu dans ses réalisations. Aussi, elle permet de prendre des décisions, d'entreprendre les projets de vie, de se surévaluer afin d'éviter les complexes. C'est à partir de là qu'un individu essaye de surmonter sa situation. La perte d'objet aussi traumatique qu'elle soit doit être acceptée par le sujet afin qu'il puisse avoir les meilleures perspectives d'avenir. Le sujet dit

Cette qualité de pouvoir anticiper et être conscient de sa capacité à résoudre les problèmes fait partir des capacités qui donne à l'individu une confiance en soi et en ses compétences, de se projeter dans l'avenir et d'aller de l'avant. Cette résilience se déploie sur la base des caractéristiques mises en place par l'individu lui-même. Les sujets que nous avons rencontrés lors de notre entretien, malgré qu'ils vivent dans une impasse se développent en ceci qu'ils ont confiance en eux, car ils croient en eux, en leurs aptitudes en leurs compétences et ne doute pas en leurs capacités de créer. Ce qui joue le rôle crucial dans la résilience.

Généralement à chaque rentrée scolaire, on donne à chacun de nous une ou trois paires de chaussure selon le besoin de chaque enfant. Mais au courant de l'année, si je vois une chaussure qui me plaît, je fais mes jobs pour acheter et il en est de même pour les autres problèmes je ne compte pas toujours sur tantine Denise pour les résoudre. J'aime prendre des décisions personnelles après avoir réfléchi sur la pertinence de celles-ci. J'ai confiance en moi je sais ce que je peux faire et ce que je ne peux pas faire et pour prendre une décision, je compte d'abord sur moi-même et non sur les autres d'ailleurs je n'ai confiance à personne sauf à moi-même. Je ne stress pas face aux situations difficiles je les confronte et c'est pour cette raison que je suis toujours le premier de ma classe depuis ma première année au Lycée.

Une autre composante de vécu subjectif chez nos sujets est le vécu émotionnel. Les réactions de l'enfant face à la mort dépendent de son âge, de son niveau de développement psychoaffectif, mais surtout de la perception qu'il va pouvoir donner à cet événement. Les souffrances ne se manifestent pas aussi clairement que chez l'adulte. L'enfant peut montrer aucun signe de souffrance psychique, il peut manifester un réel détachement. Il peut aussi de façon plus ou moins différée extérioriser sa peine par du chagrin, des pleurs, de la tristesse. La détresse émotionnelle de l'enfant peut également s'exprimer par l'anxiété, de la révolte, des attitudes, des attitudes régressives, des perturbations de comportement (sommeil, alimentation et plaintes psychosomatiques), Pour y remédier, les orphelins doivent mettre en place des moyens adéquats pour rebondir et se structurer une meilleure perspective d'avenir. La réaction émotionnelle positive favorise la résilience. André dit : *le fait de ne pas connaître mon père ne me dérange plus en rien c'est un problème auquel je n'y pense plus j'ai compris que ma vie ne se limite pas à mon statut car ma réussite est primordiale pour mon avenir* ». Parlant de l'espoir, il dit que l'espoir lui permet de rester positif en mobilisant les ressources nécessaires qui pourront lui permettre de préparer un avenir meilleur en comptant beaucoup plus sur lui-même. Ce qui traduirait ces propos : *« ma vie ne se limite pas à mon statut d'orphelin ma réussite est prioritaire, je dois faire de longue étude donc je me concentre plutôt dans mes études et rien d'autre »*. IL met ainsi en exergue l'acceptation. Fanta déclare,

Je n'ai pas été habitué à Papa et Maman mais plutôt aux Tantines, Tonton qui jouent les rôles des parents et j'ai grandi avec ça dans la tête ; je n'éprouve pas de colère ni de tristesse dues à la perte de mon papa, il est vrai que je suis souvent fâché mais ceci n'est pas trop lié à l'absence de mon papa.

Les résultats de nos participants montrent que dans leur processus de résilience, ils procèdent par la valorisation de leur parent de substitution. A la lecture de leur propos, on se laisse tenter de croire que le vécu subjectif de nos participants pousse vers le processus de résilience.

Dans le contexte de cette étude, il est à remarquer que nos participants bien qu'ayant vécu les traumatismes développent une certaine capacité de résilience permettant de surmonter les traumatismes liés à la perte d'objet et ses conséquences. Ce qui leur a permis de bâtir une vie normale afin de s'intégrer dans leur nouvel environnement.

En plus, il a été relevé chez nos répondants des aspects qui se dévoilent de manière implicite tels que la flexibilité dans leurs propos, l'humour, l'optimisme, le contrôle des émotions, la confrontation dans leurs situations et aussi la recherche du réseau de soutien. Actuellement, on considère que tous les individus sont dotés d'un potentiel résilient mais que celui-ci pourra être développé différemment suivant les personnes et les contextes socio environnementaux (Manciaux et al. 2001 ; Lemay, 2008 Cité par Yambessa 2016, p. 51). Face à l'adversité, le processus de résilience peut se mettre en place spontanément ou bien, contrario, demeurer à l'état latent. Ainsi, son chemin sera difficilement mis en place ou ne sera pas trouver par certaines personnes.

6.4. Discussion

Les différents modèles et travaux empiriques développés confortent l'hypothèse d'une perturbation du fonctionnement familial dans les troubles alimentaires et les conduites d'abus ou de dépendance aux substances. La confrontation des premiers modèles familiaux à l'investigation empirique de la famille conduit à des résultats contradictoires. Les données actuelles s'écartent à la fois d'un point de vue causaliste entre le fonctionnement familial et l'émergence de comportements addictifs, et d'une vision typologique de la famille. La configuration familiale décrite par les modèles typologiques est rarement retrouvée au complet (Dare et al., 1994) et avec une intensité similaire entre les familles (Kog et Vandereycken, 1989).

Par ailleurs, la synthèse des travaux concernant le fonctionnement familial met en évidence des conclusions contradictoires à l'égard du niveau d'enchevêtrement intergénérationnel et des capacités adaptatives du système familial qui se situeraient davantage sur un continuum allant d'un fonctionnement enchevêtré/rigide à un

fonctionnement désengagé/chaotique (Teichman et Basha, 1996). Des profils différents sont également décrits pour les niveaux de cohésion et de surprotection familiale (Lorber et al. 2007 ; Turner et al., 2005). Les données empiriques soutiennent davantage l'hypothèse d'une distance émotionnelle dans les échanges familiaux et d'une pauvreté des soins parentaux. Ces données permettent de réfuter l'existence d'une configuration familiale unique et de s'orienter plutôt vers des approches dimensionnelles dans lesquelles il s'agit d'identifier des processus familiaux dont les dysfonctionnements seraient de sévérité variable.

Ce type d'hypothèse est étayé par les travaux mesurant la sévérité des symptômes en fonction de l'intensité des dérèglements familiaux. L'évaluation de l'intensité des dérèglements familiaux et de la composante symptomatique individuelle atteste de l'existence d'une évolution conjointe entre la sévérité de la maladie et les dérèglements familiaux (Friedman, 1991). Le niveau de cohésion et le niveau d'adaptabilité familiale prédiraient la sévérité des symptômes (Costantini et al. 1992) et le taux des rechutes (Friedman, 1991). De la même façon, la sévérité des perturbations familiales constitue un pronostic défavorable à court et à long terme pour l'amélioration des symptômes alimentaires et de la dépendance aux substances (LeGrange et al. 1992).

Les études empiriques actuelles permettent également de s'interroger sur les processus familiaux communs aux différentes pathologies addictives ou spécifiques aux conduites d'abus ou de dépendance aux substances, ou bien aux troubles du comportement alimentaire. Ces résultats empiriques montrent l'existence de dysfonctionnements familiaux communs : on observe en particulier une perturbation de la régulation de la distance interpersonnelle familiale à la fois dans les troubles alimentaires et les dépendances aux substances. En effet, un haut niveau de dépendance interpersonnelle dans les liens familiaux et un profil similaire concernant les soins parentaux caractérisés par des comportements de rejet et de contrôle sont observés. De la même façon, les mesures du niveau de cohésion ou d'enchevêtrement intergénérationnel mettent en évidence une absence de proximité émotionnelle dans les liens familiaux tant chez les adolescents présentant un trouble alimentaire de type restrictif ou boulimique et les adolescents présentant une dépendance à l'alcool ou aux drogues.

À l'inverse, il semble se dégager des modes d'interactions différents concernant la gestion des conflits familiaux. L'existence de conflits familiaux intenses et irrésolus semble être un facteur prédictif du risque d'apparition des troubles alimentaires de type boulimique et

des conduites de dépendance à l'alcool ou aux drogues alors que l'évitement conflictuel semble être un mode d'interaction prédominant dans les familles d'adolescentes anorexiques.

Ces données mettent en évidence (1) un gradient de dysfonctionnement familial entre les familles addictives et non addictives, (2) des fonctionnements familiaux spécifiques en fonction du type de dépendance notamment au niveau de la gestion des conflits, (3) l'existence de modes d'interactions familiaux communs aux différentes formes de conduites addictives en particulier au niveau d'un faible sentiment de cohésion, d'un enchevêtrement générationnel, d'un haut niveau de contrôle. La sévérité de ces modes d'interactions pourrait constituer un facteur familial de risque et d'aggravation des conduites. L'existence de patterns d'interactions dysfonctionnels communs privilégie une approche dimensionnelle de la famille évaluée en termes de facteur de risque et de protection à une vision catégorielle et typologique défendant par exemple l'hypothèse étiologique d'une famille anorexigène.

6.5. Perspective

En insistant sur l'importance du développement des tentatives d'opérationnalisation des hypothèses cliniques qui constitue une voie de compréhension complémentaire. Toutefois de nombreux efforts sont encore nécessaires pour introduire une méthodologie adaptée au champ de la psychopathologie familiale des conduites addictives. Premièrement, la majorité des recherches évalue la représentation du fonctionnement familial chez le patient et ses parents au détriment de mesures directes permettant une quantification des réponses émotionnelles et des interactions au cours des échanges familiaux. Deuxièmement, la présence de dérèglements familiaux ne permet pas de conclure à une causalité familiale univoque dans la genèse des conduites de dépendance. L'apparition des conduites addictives détériore la qualité de vie du sujet et celle de son environnement familial qui joue un rôle de soutien émotionnel (Brewin et al. 1991). L'intensité et la durée d'installation de la pathologie addictive pourraient être en cause dans la survenue et/ou l'intensification de certains comportements familiaux et certaines réponses émotionnelles correspondraient en fait à des stratégies d'ajustements familiales face à la maladie de l'enfant. C'est pourquoi, il est nécessaire d'étudier les ajustements familiaux en fonction de la sévérité du tableau de dépendance. Dans ce cadre, il importera de décrire les interactions qui s'organisent entre individu, famille et symptôme au cours du temps et de se dégager des hypothèses étiopathogéniques directes.

CONCLUSION GENERALE

L'objectif poursuivi tout au long de cette étude était de comprendre et d'expliquer comment la similarité de certains dérèglements familiaux entre les comportements addictifs et d'un lien déterministe entre comportements addictifs et environnement familial. La question à laquelle il fallait répondre à cette recherche était de connaître : quel est le vécu des adolescents au sein des familles qui permet de comprendre le développement des conduites addictives ?

Pour atteindre cet objectif, l'étude s'est inscrite dans un paradigme compréhensif basé sur les données qualitatives. Raison pour laquelle l'étude a privilégié le choix raisonné typique pour comprendre le phénomène des conduites addictives.

Pour obtenir cet échantillonnage de six participants, la recherche a appliqué cette technique d'échantillonnage par choix raisonné typique. Les données collectées et recueillies par l'entretien semi-directif ont été traitées par l'analyse de contenu thématique. Les analyses de cette étude ont révélé que le vécu des adolescents se manifestant par des angoisses existentielles et des peurs, au sein des familles permet de comprendre le développement des conduites addictives. Il existerait un manque de confiance envers les parents, car l'adolescent vit dans une incertitude, l'affection qui se transmet à travers les mots les câlins et les émotions est caduque. Le temps passé en famille est négligeable du fait des occupations parentales ceci pour conséquence des manques de connaissance totale du ressenti et voir certain besoin chez l'adolescent. En retour l'adolescent va simplement ignorer, méconnaître l'autorité parentale, ce lien qui se fissure et se distant place les centres d'intérêt de l'adolescent ailleurs. En effet, l'absence de dialogue ou simplement le fait que les parents ignorent les appels de l'enfant avec une projection négative sur l'enfant. Les résultats qui confirment la théorie indiquent que les sujets ont des difficultés à panser le lien parce que l'enveloppe familiale a fait défaut.

Ils se retrouvent donc dans des groupes qui, au lieu d'être des lieux d'étayage pour eux, permettent plutôt l'accroissement des comportements addictifs. Les sujets trouvent ainsi des substituts afin d'essayer de combler ce vide. Par ailleurs, les indicateurs qui ne vont pas en droite ligne avec la théorie, montrent que les adolescents ont du mal à désintégrer leur famille malgré les conflits qui sont survenus. Ils entretiennent certes, après ses griefs, des relations ambiguës, mais ils ont toujours besoin d'avoir une figure familière pour se sentir exister.

Le présent travail s'articule donc autour de deux grandes parties ayant chacune trois chapitres. La première intitulée cadre théorique et empirique, elle comprend la problématique, la revue de la littérature et l'insertion théorique. La deuxième partie est intitulée cadre méthodologique et opératoire. Elle comprend la méthodologie, la présentation des résultats et enfin l'interprétation et la discussion des résultats.

Si ce phénomène ne paraît pas nouveau, les professionnels de santé, notamment ceux spécialisés dans l'addictologie, semblent cependant inquiets. En effet, certaines modifications observées depuis une dizaine d'années concernant les modalités de consommation chez les adolescents (augmentation de la précocité de rencontre avec le toxique) sont considérées par certains chercheurs (Atger et al. 2003) comme comportant particulièrement le risque d'induire des conséquences lourdes pour un certain nombre de jeunes, en pleine construction de leur avenir.

Aussi, le dépistage précoce des adolescents vulnérables, présentant un risque d'engagement dans des pratiques addictives préjudiciables, apparaît pour l'ensemble des professionnels engagés auprès de cette population de plus en plus capital. Il a paru intéressant à cette recherche d'explorer au travers d'une revue de la littérature, l'enrichissement que pourrait apporter la théorie de l'attachement au repérage précoce des adolescents consommateurs à risque.

Cette approche centrée sur l'individu, et ses interrelations à son environnement, suscite en effet depuis plusieurs années un engouement croissant parmi les chercheurs s'occupant des adolescents. La théorie, qui met en balance besoin de sécurité et nécessité d'explorer le monde, offre un cadre conceptuel dynamique particulièrement fécond pour appréhender les plus ou moins grandes difficultés inhérentes à cette étape développementale. Si de prime abord, les liens étroits d'attachement peuvent apparaître comme une contrainte pour les adolescents dans leur recherche d'autonomisation, ils semblent au contraire jouer un rôle fondamental pour les aider dans cette tâche.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adlaf, E. & Ivis, F. (1996). Structure and relations: the influence of familial factors on adolescent substance use and delinquency. *Journal of Child and Adolescence Substance Abuse* 5 (3), 1–19.
- Andersson, P. & Eisemann, M. (2003). Parental rearing and individual vulnerability to drug addiction: a controlled study in a Swedish sample. *Nord Journal Psychiatry* 57 (2), 147–156.
- Arseneault, L., Ladouceur, R., & Vitaro, F. (2001). Jeu de hasard et consommation de substances psychotropes: Prévalence, coexistence et conséquences. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 42(3), 173-184.
- Arseneault, L., Ladouceur, R., & Vitaro, F. (2001). Jeu de hasard et consommation de substances psychotropes: Prévalence, coexistence et conséquences. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 42(3), 173-184.
- Bachner-Melman, R. (2003). Anorexia nervosa from a family perspective: why did nobody notice? *The American Journal of Family Therapy* 31, 39–50.
- Bader, M., Mazet, P. & Pierrehumbert, B. (2004). Composantes transgénérationnelles dans les toxicomanies et les troubles alimentaires à l'adolescence. *La psychiatrie de l'enfant* 2, 393–441.
- Bader, M., Mazet, P. & Pierrehumbert, B., (2004). Composantes transgénérationnelles dans les toxicomanies et les troubles alimentaires à l'adolescence. *La psychiatrie de l'enfant* 2, 393–441.
- Bailey, C. (1991). Family structure and eating disorders: the family environment scale and bulimic like symptoms. *Youth and Society* 23 (2), 251–271.
- Bardin, L. (1989). *L'analyse de contenu* (5e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Barnes, G. M., Welte, J., Hoffman, J. H., & Dintcheff, B. A. (2005). Shared Predictors of Youthful Gambling, Substance Use, and Delinquency. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2), 165-174.
- Beck, F., Godeau, E., Legleye, S. & Spilka, S. (2007). Drug consumptions by the young adolescents: epidemiological data. *Med Sci* 23 (12), 1162–1168.

- Bell, N., Forthum, L. & Sun, S. (2000). Attachment, adolescent competencies, and substance use: developmental considerations in the study of risk behaviors. *Substance Use and Misuse* 35 (9), 1177–1206.
- Benninghoven, D., Schneider, H., Strack, M., Reich, G. & Cierpka, M., (2003). Family representations in relationship episodes of patients with a diagnosis of bulimia nervosa. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 76, 323–336.
- Bhatia, S., Delhi, U. & Gargi, C. (1998). Drug abuse in adolescents in relation to their values and perceived family environment. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 10 (1), 27–37.
- Blakemore, J. E. O., Berenbaum, S. A., & Liben, L. S. (2009). *Gender development*. New York, NY: Psychology Press.
- Blakemore, J. E. O., Berenbaum, S. A., & Liben, L. S. (2009). *Gender development*. New York, NY: Psychology Press.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499. Doi : 10.1046/j.1360-0443.2002.00015x.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N., & Frankova, A. (1990). Boredom proneness in pathological gambling. *Psychological Reports*, 67(1), 35-42. doi: 10.2466/prO.67.5. 35-42
- Blaszczynski, A., McConaghy, N., & Frankova, A. (1990). Boredom proneness in pathological gambling. *Psychological Reports*, 67(1), 35-42. Doi: 10.2466/prO.67.5. 35-42.
- Blatt, S. & Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and selfdefinition, two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review* 12, 527–562.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. Jason Aronson, New York.
- Bowen, M. (1984). *La Différenciation du Soi*. ESF, Paris.
- Bowen, M., (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. Jason Aronson, New York.

- Boyd, S., Plemons, B., Schwartz, R., Johnson, J. & Pickens, R. (1999). The relationship between parental history and substance use severity in drug treatment patients. *American Journal of Addiction* 8 (1), 15–23.
- Bruch, H. (1985). *Four decades of eating disorders*. In: Garner, D., Garfinkel, P. (Eds.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. Guilford, New York.
- Bulik, C.M. & Sullivan, P.E. (1993). Comorbidity of bulimia and substance abuse: perception of family of origin. *International Journal of Eating Disorders* 133, 49–56.
- Casper, R. & Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders* 30, 338–342.
- Casper, R. & Troiani, M., (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders* 30, 338–342.
- Chambers, R. A., & Potenza, M. N. (2003). Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19(1), 53-84.
- Chambers, R. A., & Potenza, M. N. (2003). Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19(1), 53-84.
- Charles, R. (2001). Is there any empirical support for bowen's concepts of differentiation of self, triangulation and fusion? *The American Journal of Family Therapy* 29, 279–292.
- Chassin, L., Pillow, D., Curran, P., Molina, B., Barrera, M., 1993. Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: a test of three mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology* 102 (1), 3–19.
- Choquet, M. & Ledoux, S. (1994). *Les Adolescents : Enquête Nationale*. Inserm, 1.
- Chuchra, M., Drzazga, K. & Pawlowska, B., (2006). Parent child relations and sense of control in the perception of girls with anorexia. *Psychiatria Polonia* 40 (4), 731–742.
- Clemans, K. H., DeRose, L. M., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2010). Gender in adolescence: Applying a person-in-context approach to gender identity and roles. In J. C. Chrisler, & D. R. McCreary (Éds.), *Handbook of gender research in*

- psychology*, Vol 1: Gender research in general and experimental psychology. (pp. 527-557). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Clemans, K. H., DeRose, L. M., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2010). Gender in adolescence: Applying a person-in-context approach to gender identity and roles. In J. C. Chrisler, & D. R. McCreary (Éds.), *Handbook of gender research in psychology*, Vol 1: Gender research in general and experimental psychology. (pp. 527-557). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Clemans, K. H., DeRose, L. M., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2010). Gender in adolescence: Applying a person-in-context approach to gender identity and roles. In Chrisler, J. C. & McCreary, D. R. (Éds.), *Handbook of gender research in psychology, (1): Gender research in general and experimental psychology*. (pp. 527-557). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Cook-Darzens, S. (2002). *Thérapie Familiale de l'Adolescent Anorexique. Approche Systémique Intégrée*. Dunod, Paris.
- Corcos, M., Speranza, M., Stephan, P., Lang, F., Venisse, J., Loas, G., Perez Diaz, F., Verrier, A., Nezelof, S., Bizouard, P. & Jeammet, P. (2008). Psychological reports. Risk factors for addictive disorders: *a discriminant analysis on 374 addicted and 513 non psychiatric participants* 102, 435–449.
- Corellette, P. (1997). L'étude de cas au service de la recherche. *Recherche en soin infirmiers*, 50, 81-88.
- Costantini, M., Wermuth, L., Sorensen, J.L. & Lyons, J. (1992). Family functioning as a predictor of progress in substance abuse treatment. *Journal Substances Abuse Treatment* 9 (4), 331–335.
- Costes, J.M., Eroukmanoff, V., Richard, J.B. (2014). Les jeux d'argent et de hasard en France. *Note de l'ODJ* (6), 9.
- Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W. & Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry* 46, 135–139.

- Dare, C., LeGrange, D., Eisler, I. & Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: family process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders* 16 (3), 211–226.
- Dickerson, M. G. (1993). Internal and external determinants of persistent gambling: Problems in generalising from one form of gambling to another. *Journal of Gambling Studies*, 9 (3), 225-245. doi: 10.1007/Ibf01015920
- Dickerson, M. G. (1993). Internal and external determinants of persistent gambling: Problems in generalising from one form of gambling to another. *Journal of Gambling Studies*, 9(3), 225-245. Doi: 10.1007/Ibf01015920.
- Dickson, L. (2005). *Youth gambling problems: The identification of risk and protective factors*. Ph.D. NR12830, McGill University, Montréal, QC. Repéré à <http://search.proquest.com/docview/305374217>.
- Doba, K., Nandrino, J., Lesne, A., Leroy, F.J., Pezard, V.L. (2008). Organization of the narrative components in autobiographical speech of anorexic adolescents: a statistical and nonlinear dynamical analysis. *New Ideas in Psychology* 26,295–308.
- Dolan, B., Lieberman, S., Evans, C. & Lacey, C. (1990). Family features associated with normal body weight bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 9, 639–647.
- Eitle, D. (2005). The moderating effects of peer substance use on the family structure adolescent substance use association: quantity versus quality of parenting. *Addictive Behaviors* 30 (5), 963–980.
- Ellickson, S., Tucker, J.S., Klein, D. & McGuigan, K. (2001). Prospective risk factors for alcohol misuse in late adolescence. *Journal of Studies on Alcohol* 62 (6), 773–782.
- Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B., Waller, G., 2004. Family functioning in adolescent anorexia nervosa: a comparison of family members' perceptions. *Eating Weight Disorders* 9 (1), 1-6.
- Espina, A., Ochoa, I & Ortego, A. (2003). Dyadic adjustment in parents on daughters with an eating disorders. *European Eating Disorders Review* 11, 349–362.
- Fairburn, C., Welch, S., Doll, H., Davies, B. & Oconnor, M., (1997). Risks factors for bulimia nervosa: a community-based case control study. *Archives of General Psychiatry* 54, 509–517.

- Famularo, R., Kinscherff, R. & Fenton, T. (1992). Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect* 16 (4), 475–483.
- Fernandez, L. & Catteuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Paris : Nathan.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Québec : Chenelière Education.
- Friedberg, N. & Lyddon, W. (1996). Selfother working models and eating disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 10, 193–203.
- Friedman, A.S. (1991). Client and family characteristics that predict better family therapy outcome for adolescent drug abusers. *Family Dynamics of Addiction Quarterly* 1 (1), 77–93.
- Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N., & Bergeron, I. (2007). *DEP-ADO Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (Version 3.2, septembre 2007)*. Recherche et intervention sur les substances psychoactives -Québec (RISQ)
- Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N., & Bergeron, I. (2007). DEP-ADO Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (Version 3.2, septembre 2007). *Recherche et intervention sur les substances psychoactives -Québec (RISQ)*.
- Godley, M., Kahn, J., Dennis, M., Godley, S. & Funk, R. (2005). The stability and impact of environmental factors on substance use and problems after adolescent outpatient treatment for cannabis abuse or dependence. *Psychology Addictive behavior* 19, 62–70.
- Godley, M., Kahn, J., Dennis, M., Godley, S. & Funk, R. (2005). The stability and impact of environmental factors on substance use and problems after adolescent outpatient treatment for cannabis abuse or dependence. *Psychology Addictive behavior* 19, 62–70.
- Goodman, A. (1990). Addiction definition and implications. *British Journal of Addiction* (85),1403-1408.

- Green, M., Elliman, N., Wakeling, A. & Rogers, P. (1996). Cognitive functioning, weight change and therapy in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research* 30 (5), 401–410.
- Griffin-Shelley, E., Sandler, K. R., & Lees, C. (1992). Multiple addictions among dually diagnosed adolescents. *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 2(2), 35-44.
- Griffin-Shelley, E., Sandler, K. R., & Lees, C. (1992). Multiple addictions among dually diagnosed adolescents. *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 2(2), 35-44.
- Griffiths, M. (1997). *Does internet and computer addiction exist? Some case study evidence*. Paper presented at the 105th annual meeting of the American Psychological Association. Chicago.
- Guo, J, Hawkins, J., Hill, K. & Abbott, R. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol* 62 (6), 754–762.
- Gupta, R., & Derevensky, J. (1998b). An empirical examination of Jacobs' General Theory of Addictions: Do adolescent gamblers fit the theory? *Journal of Gambling Studies*, 14(1), 17-49.
- Gupta, R., & Derevensky, J. (1998b). An empirical examination of Jacobs' General Theory of Addictions: Do adolescent gamblers fit the theory? *Journal of Gambling Studies*, 14(1), 17-49.
- Guttman, H. & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry* 43 (6), 448–455.
- Hardoon, K. K., Gupta, R., & Derevensky, J. (2004). Psychosocial Variables Associated With Adolescent Gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2),170-179.
- Hardoon, K. K., Gupta, R., & Derevensky, J. (2004). Psychosocial Variables Associated With Adolescent Gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2),170-179.
- Henry, K. (2008). Low prosocial attachment, involvement with drugusing peers, and adolescent drug use: a longitudinal examination of mediational mechanisms. *Psychology of addictive behaviors* 22 (2), 302–308.

- Hirschfeld, R., Klerman, G., Gouch, H., Barrett, J., Korchin, S. & Chodoff, P. (1977). A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment* 41 (6), 610–618.
- Hodes, M., Dare, C., Dodge, E. & Eisler, I., (1999). The assessment of expressed emotion in standardised family interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40 (4), 617–625.
- Hoffman, J. & Johnson, R. (1998). A national portrait of family structure and adolescent drug use. *Journal of Marriage and the Family* 41, 392–407.
- Hogues, A., Dauber, S., Samuolis, J. & Liddle, H. (2006). Treatment technique and outcomes in multidimensional family therapy for adolescent behavior problems. *Journal Family Psychological* 20 (4), 535–543.
- Horesh, N., Apter, A., Ishai, J., Danziger, Y., Miculincer, M., Stein, D., Lep kifker, E., Minouni, M. (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35 (7), 921–927.
- Humphrey, L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57 (2), 206–214.
- Hyman, S. & Garcia, M. (2006). Gender specific associations between types of childhood maltreatment and the onset, escalation and severity of substance use in cocaine dependant adult. *American Journal Drug and Alcohol* 32 (4), 655–664.
- Jackson, D. (1981). Les regles familiales: le quid pro quo conjugal. In: Watzlawick, P., Weakland, J. (Eds.), *Sur l'Interaction :une Nouvelle Approche Thérapeutique*. Seuil, Paris.
- Jacobs, D. F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2(1), 15-31.
- Jacobs, D. F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2(1), 15-31.
- Jeammet, P. & Bochereau, D. (2007). *La souffrance des adolescents. Quand les troubles s'aggravent: signaux d'alerte et prise en charge*. Ed. La découverte.

Jeammet, P. (2010). *Pour nos ados, soyons adultes*. Ed Odile Jacob.

Johansson, A., Grant, J. E., Kim, S. W., Odlaug, B. L., & Gotestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *Journal Of Gambling Studies / Co-Sponsored By The National Council On Problem Gambling And Institute For The Study Of Gambling And Commercial Gaming*, 25(1), 67-92.

Johansson, A., Grant, J. E., Kim, S. W., Odlaug, B. L., & Gotestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *Journal Of Gambling Studies / Co-Sponsored By The National Council On Problem Gambling And Institute For The Study Of Gambling And Commercial Gaming*, 25(1), 67-92.

Johnson, P. & Buboltz, W. (2000). Differentiation of self and psychological reactance. *Contemporary Family Therapy* 22,91–102.

Johnson, P. & Waldo, M. (1998). Integrating minuchin's boundary continuum and bowen's differentiation scale: a curvilinear representation. *Contemporary Family Therapy* 20 (3), 403–413.

Kafka, M.P. (2010). *Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V*. *Arch Sex Behav*; 39:377-400.

Kandel, D. & Andrews, K., (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal Addictive* 22, 319–342.

Kandel, D., Yamaguchi, K. & Chen, K., (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol* 53, 447–457.

Karow, A., Verthein, U., Krausz, M. & Schafer, I. (2008). Association of personality disorders, family conflicts and treatment with quality in opiate addiction. *European Addictive Research* 14 (1), 38–46.

Kassel, J., Wardle, M. & Roberts, J. (2007). Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32, 1164–1176.

Kerr, M., Bowen, M. (1988). *Family Evaluation*. Norton, New York.

Kerr, M., Bowen, M., (1988). *Family Evaluation*. Norton, New York.

- Knight, D., Cross, D., GilesSims, J., Simpson, D., 1995. Psychosocial functioning among adult drug users: the role of parental absence, support, and conflict. *International Journal Addictive* 30 (10), 1271–1288.
- Knight, D., Simpson, D., 1996. Influences of family and friends on client progress during drug abuse treatment. *Journal Substances Abuse* 8 (4), 417–429.
- Kog, E., Vandereycken, W. (1989). Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders* 8 (1), 11–23.
- Kostelecky, K. (2005). Parental attachment, academic achievement, life events and their relationship to alcohol and drug use during adolescence. *Journal of Adolescence* 28 (5), 665–669.
- Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, 1., & Brunelle, N. (2004). La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités psychométriques. *Drogues, Santé, Société*, 3(1), 35-67.
- Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, 1., & Brunelle, N. (2004). La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités psychométriques. *Drogues, Santé, Société*, 3(1), 35-67.
- Laporte, L., Marcoux, V. & Guttman, H., (2001). *Caractéristiques des familles de femmes présentant un trouble d'anorexie mentale restrictive comparées à celles de familles témoins*. L'Encéphale XXVII, 109–119.
- Lattimore, P., Wagner, H., & Gowers, S., (2000). Conflict avoidance in anorexia nervosa: an observational study of mothers and daughters. *European Eating Disorders Rewiew* 8, 355–368.
- Latzer, Y., Gaber, L. (1998). Pathological conflict avoidance in anorexia nervosa: family perspectives. *Contemporary Family Therapy* 20 (4), 539–551.
- Le Moal, M., 2006. Théories neurobiologies de l'addiction. In: Reynaud, M. (Ed.), *Traité d'Addictologie*. Flammarion, Paris.
- Lee, M., Bell, N., 2003. Individual difference in attachment autonomy con figurations: linkages with substances use and youth competencies. *Journal of Adolescence* 26 (3), 347-361.

- Leonard, K. & Quigley, B. (1999). Drinking and marital aggression in new lyweds: an eventbased analysis of drinking and the occurrence of husband marital aggression. *Journal of Studies on Alcohol* 60 (4), 537–545.
- Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 4 (2), 2-27. Doi : 10.4000/pistes.3658
- Lorber, W., Morgan, D., Eisen, M., Barak, T., Perez, C. & CrosbieBurnett, M. (2007). Patterns of cohesion in the families of offspring of addicted parents: examining a nonclinical sample of college students. *Psychological Reports* 101, 881–895.
- Luthar, S. & Suchman, N. (1999). Developmentally informed parenting interventions. In: Cicchetti, D., Toth, S. (Eds.), *Developmental Approaches to Prevention and Interventions*, vol. 9. University of Rochester, Rochester.
- Lynch, W. J., Maciejewski, P. K., & Potenza, M. N. (2004). Psychiatric Correlates of Gambling in Adolescents and Young Adults Grouped by Age at Gambling Onset. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1116-1122.
- Lynch, W. J., Maciejewski, P. K., & Potenza, M. N. (2004). Psychiatric Correlates of Gambling in Adolescents and Young Adults Grouped by Age at Gambling Onset. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1116-1122.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. growing points in attachment: theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (209), 66–104.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. 7^{ème} édition, Masson.
- Marcelli, D. & Cohen D. (2006). *Enfance et Psychopathologie*, 7^{ème} édition, Masson.
- Martin, S., Storr, C., Alexandre, P. & Chilcoat, H. (2008). Adolescent ecstasy and other drug use in the national survey of parent and youth: The role of sensationseeking, parental monitoring and peers drug use. *Addictive Behaviors* 33, 919–933.
- Mason, W. A., Hitchings, J. E., & Spoth, R. L. (2007). Emergence of Delinquency and Depressed Mood Throughout Adolescence as Predictors of Late Adolescent Problem Substance Use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(1), 13-24.

- Mason, W. A., Hitchings, J. E., & Spoth, R. L. (2007). Emergence of Delinquency and Depressed Mood Throughout Adolescence as Predictors of Late Adolescent Problem Substance Use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(1), 13-24.
- McDermott, B., Batik, M., Roberts, L. & Gibbon, P. (2002). Parent and child report of family functioning in a clinical child and adolescent eating disorders sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36, 509–514.
- McGrane, D. & Carr, A. (2002). Young women at risk for eating disorders: perceived family dysfunction and parental psychological problems. *Contemporary Family Therapy* 24 (2), 385–394.
- McMahon, T. & Luthar, S. (1998). Bridging the gap for children as their parents abuse treatment. In Hampton, R., Senatore, V., Gullotta, T. (Eds.), *Substance Abuse, Family Violence and Child-welfare*, vol. 10. Bridging Perspectives.
- Merikangas, K., Stolar, M., Stevens, D., Goulet, J., Preisig, M., Fenton, B., Zhang, H., O'Malley, S. & Rounsaville, B., (1998). Familial transmission of substance use disorders. *Archives of General Psychiatry* 55 (11), 973–979.
- Merline, A., Jager, J. & Schulenberg, J. (2008). Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive value across early and middle adulthood. *Addiction* 103 (1), 84–99.
- Miles, D., Stallings, M., Young, S., Hewitt, J., Crowley, T., Fulker, D., (1998). A family history and direct interview study of the family aggregation of substance abuse. *Drug and Alcohol Dependence* 49 (2), 105-114.
- Minuchin, S., Fishman, H. (1981). *Family Therapy Techniques*. Harvard University Press, Cambridge.
- Minuchin, S., Fishman, H., (1981). *Family Therapy Techniques*. Harvard University Press, Cambridge.
- Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, B. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press, Cambridge.
- Minuchin, S., Rosman, B., Baker, B., (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press, Cambridge.

- Molde, H., Pallesen, S., Bartone, P., Hystad, S., & Johnsen, B. H. (2009). Prevalence and correlates of gambling among 16 to 19-year-old adolescents in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology, 50(1), 55-64.*
- Molde, H., Pallesen, S., Bartone, P., Hystad, S., & Johnsen, B. H. (2009). Prevalence and correlates of gambling among 16 to 19-year-old adolescents in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology, 50(1), 55-64.*
- Moos, R. & Moos, B. (1976). A typology of family social environment. *Family Process 15, 357-371.*
- Müller, A.I., Mitchell, J.E., & De Zwaan, M. (2015). Compulsive buying. *Am J Addict. 24(2):132-7.*
- Nandrino, J.L., Doba, K., Pezard, L. & Christophe, V. (2006). Representation of the interpersonal relationships in the family of adolescents with anorexia nervosa or with substance abuse disorders: the point of view of the fathers, the mothers, and the teenagers. *European Psychiatry 21 (1), 128S.*
- Nelson, S. E., Gebauer, L., LaBrie, R. A., & Shaffer, H. J. (2009). Gambling problem symptom patterns and stability across individual and timeframe. *Psychology of Addictive Behaviors, 23(3), 523-533.* doi: 10.1037/a0016053
- Nelson, S. E., Gebauer, L., LaBrie, R. A., & Shaffer, H. J. (2009). Gambling problem symptom patterns and stability across individual and timeframe. *Psychology of Addictive Behaviors, 23(3), 523-533.* Doi: 10.1037/a0016053
- Newcomb, M. (1997). Psychosocial predictors and consequences of drug use: a developmental perspective within a prospective study. *Journal of Addictive Disease 16 (1), 51-89.*
- Niv, N., Lopez, S., Glynn, S. & Mueser, K. (2007). The role of substance use in families' attribution and affective reactions to their relative with severe mental illness. *Journal Nervosa Mental Disorders 195 (4), 307-314.*
- Olson, D. (1986). Circumplex model: validation studies and Faces-III. *Family Process 25, 337-351.*
- Osterrieth, P. (1963). *L'enfant et la famille.* Ed. Scarabée.

- Papero, D. (1995). La théorie bowenienne des systèmes familiaux. In: Elkaïm, M. (Ed.), *Panorama des Thérapies Familiales*. Seuil, Paris.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology* 52, 1–10.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology* 52, 1–10.
- Parker, J. & Benson, M. (2004). Parent-adolescent relations and adolescent functioning: self-esteem, substance abuse, and delinquency. *Adolescence* 39 (155), 519–530.
- Pedinielli, J. L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Presse Universitaire de France.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction : Compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books/D. C. Heath and Co.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books/D. C. Heath and Co.
- Peele, S. (2002). Is gambling an addiction like drug and alcohol addiction? *The Electronic journal of gambling issues*, (3). Repéré à <http://www.camh.net/egambling/issue3/feature/index.html>
- Peele, S. (2002). *Is gambling an addiction like drug and alcohol addiction? The Electronic journal of gambling issues*, (3). Repéré à <http://www.camh.net/egambling/issue3/feature/index.html>
- Pinheiro, R., Pinheiro, K., Da Silva, M., Horta, B., Da Silva, R. & Sousa, P. (2006). Cocaine addiction and family dysfunction: a case control study in Southern Brazil. *Substance Use and Misuse* 41, 307–316.
- Pommereau, X. (2009). *Quand l'adolescent va mal. L'écouter, le comprendre et l'aimer*. Ed J'ai lu.
- Potel, C. (2010). *La psychomotricité : entre théorie et pratique*, 2^{ème} édition actualisée. In press.

- Pretot, M. (2002). *Je souffre donc je suis. Approche psychomotrice des comportements autodestructeurs de l'adolescent, en lien avec les premières relations*. Mémoire en psychomotricité.
- Putnick, D., Bornstein, M., Hendricks, C., Painter, K., Suwalsky, T. & Collins, W. (2008). Parenting stress, perceived parenting behaviors, and adolescent selfconcept in european american families. *Journal of Family Psychology* 22 (5), 2125–2136.
- Ratti, L., Humphrey, L. & Lyons, J. (1996). Structural analysis of families with a polydrugdependent, bulimic, or normal adolescent daughter. *Journal Consulting Clinical Psychology* 64 (6), 1255–1262.
- Rhodes, B. & Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development* 22, 249–263.
- Richard, D., Senon, J.L., & Valleur, M. (2004). *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Larousse.
- Rowa, K., Kerig, P. & Geller, J., (2001). The family and anorexia nervosa: examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review* 9, 97–114.
- Salzman, J. (1997). Ambivalent attachment in female adolescents: association with affective instability and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 21, 251–259.
- Schmidt, U., Jiwany, A. & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry* 34 (1), 54–58.
- Schweitzer, R. & Lawton, P. (1989). Drug abusers' perception of their parents. *British Journal of Addiction* 84 (3), 309–314.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. (1990). *Les Jeux Psychotiques dans la Famille*. ESF, Paris.
- Smolak, L., Levine, M., (1993). Separation-individuation difficulties and the distinction between bulimia nervosa and anorexia nervosa in college women. *International Journal of Eating Disorders* 14 (1), 33-41.

- Stanton, M. (1978). The family and drug misuse: a bibliography. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 5 (2), 151–170.
- Thorberg, F. & Lyvers, M. (2006). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors* 31, 732–737.
- Toressani, S. (2000). Parental representation in drug dependent patients and their parents. *Comprehensive Psychiatry* 41 (2), 123–129.
- Troisi, A., Massaroni, P. & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology* 44, 89–97.
- Turner, H.M., Rose, K.S. & Cooper, M.J., (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: the mediating role of core beliefs. *Eating Behaviors* 6 (2), 113–118.
- Vallon, S. (2006). *Qu'est-ce qu'une famille ? Fonctions et représentations familiales*, inclus dans VST-Vie Sociale et Traitements n°89, Ed ERES.
- Veijola, J., Laara, E., Joukamaa, M., Isohanni, M., Hakko, H., Haapea, M., Pirkola, S. & Maki, P., 2008. Temporary parental separation at birth and substance disorder in adulthood. A long-term follow-up of the Finnish Christchurch home children. *Social Psychiatry Epidemiology* 43 (1), 11–17.
- Waller, G., Calam, R. & Slade, P. (1989). Eating disorders and family interactions. *British Journal Clinical Psychology* 28 (3), 285–286.
- Wallin, U. & Hansson, K. (1999). Anorexia nervosa in teenagers: patterns of family function. *Nordic Journal of Psychiatry* 53, 29–35.
- Wanner, B., Vitaro, F., Carbonneau, R., & Tremblay, R. E. (2009). Cross-lagged links among gambling, substance use, and delinquency from mid adolescence to young adulthood: Additive and moderating effects of common risk factors. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1), 91-104.
- Wanner, B., Vitaro, F., Ladouceur, R., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2006). Joint trajectories of gambling, alcohol and marijuana use during adolescence: A person and variable-centered developmental approach. *Addictive Behaviors*, 31(4), 566-580.

- Wanner, B., Vitaro, F., Ladouceur, R., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2006). Joint trajectories of gambling, alcohol and marijuana use during adolescence: A person and variable-centered developmental approach. *Addictive Behaviors, 31*(4), 566-580.
- Watts, M. (2008). High expressed emotion: precipitating relapse in substance misuse disorders. *British Journal Nursing, 163* (22), 1396–1398.
- Wechselblatt, T., Gurnick, G. & Simon, R. (2000). Autonomy and relatedness in the development of anorexia nervosa: a clinical case series using grounded theory. *Bulletin of the Menninger Clinic 64* (1), 91–123.
- Wechselblatt, T., Gurnick, G., Simon, R., (2000). Autonomy and relatedness in the development of anorexia nervosa: a clinical case series using grounded theory. *Bulletin of the Menninger Clinic 64* (1), 91-123.
- Wills, T., Resko, J., Ainette, M. & Mendoza, D. (2004). Role of parent support and peer support in adolescent substance use: a test of mediated effect. *Psychological Addictive Behavior 18* (2), 124–134.
- Wisotsky, W., Dancyger, I., Fornari, V., Katz, J., Wisotsky, W. & Swencionis, C. (2003). The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *Eating Disorders, 11*, 88–99.

ANNEXES

ANNEXE 1

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Cette étude vise à appréhender les situations susceptibles perturber l'équilibre familial chez l'adolescent, qui résultent de la situation d'interaction émotionnel que laisse prévoir ladite situation. De cette situation, l'adolescent se trouve confronté aux dérèglements familiaux. Ce qui fait également que les émotions qui en résultent sont susceptible de déstabiliser l'adolescent, ayant comme conséquence, un dérèglement comportemental chez l'adolescent. Et à l'adoption des comportements addictives.

Ces entretiens se tiendront en une séance unique pour une durée moyenne de 40 minutes. Elles se dérouleront dès votre accord de principe au sein la seconde salle de consultation, dite aussi salle de pause. Elles se dérouleront dans la mesure de votre disponibilité lors de mon intervention.

Si vous acceptez de participer à ce projet, vous serez soumis aux entretiens. Vous aurez l'opportunité d'avoir une meilleure compréhension de votre ressenti dans la situation de dérèglement familiale. Cependant, il se pourrait que vous éprouviez un inconfort passager vis-à-vis de certaines questions d'ordre personnel. Ce risque est compensé par le fait que vous pouvez en tout temps refuser de répondre en partie ou en totalité à certaines questions.

Votre participation à l'étude est libre et volontaire. Le consentement peut être retiré à tout moment. La recherche se déroulera sous anonymat et aucun élément permettant de vous identifier ne sera utilisé. Les entretiens sont strictement confidentiels. Aucune donnée de recherche ne sera annotée au dossier clinique du participant ni divulguée à qui que ce soit de quelle que manière que ce soit. Ces données ne pourront être utilisées qu'à des fins strictement scientifiques. Vous pouvez maintenant ou plus tard poser des questions.

.....

REPOSE DU PARTICIPANT

Je reconnais que le processus de recherche décrit sur ce formulaire et dont je possède une copie est compris. Je sais que je peux poser des questions maintenant ou plus tard sur l'étude. On m'a rassuré que les données seront gardées confidentiellement et qu'aucune information ne sera publiée ou donnée relevant mon identité sans mon consentement. Je comprends que je suis libre de me retirer en tout temps. Par la présente, je consens librement que je participe complètement à l'étude.

Date et signature du participant

Date et signature du chercheur

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN

Préambule

Bonjour, Je suis étudiant en éducation spécialisée à la faculté des sciences de l'éducation de l'université de Yaoundé I. Je mène une étude sur les facteurs susceptibles de conduire aux comportements addictifs. Je m'intéresse aux facteurs familiaux dans la relation parent-enfant. Afin de décrire le vécu émotionnel de l'enfant, j'ai souhaité recueillir votre avis à ce sujet via un entretien.

Est-ce que cela vous dérange si j'enregistre l'entretien afin que je puisse effectuer la retranscription ? Cet entretien, a seul but de recherche, restera anonyme et confidentiel.

Identification du participant :

Âge : rang dans la fratrie : niveau d'étude : type de jeu de hasard/argent :

Consommation de drogue : type de drogue : Placement ou en famille :

Durée de la consommation de drogue : Durée jeu de hasard/argent :

Guide d'entretien

Thème 1 : Processus familiaux dans les conduites addictives

Sous-thème 1 : Vécu interne des membres de la famille

Sous-thème 2 : Nature des interactions familiales

Sous-thème 3 : Caractéristiques familiales

Sous-thème 4 : Intimité émotionnelle dans les relations interpersonnelles

Sous-thème 5 : Dysfonctionnements

- Au niveau des modèles éducatifs
- Au niveau des modèles parentaux,
- Au niveau des modèles du fonctionnement familial
- Au niveau des modèles des échanges émotionnels

Sous-thème 6 : Les conversations familiales (types de sujets, orientation, durée)

- La communication est-elle conflictuelle ? comment ?
- La communication émotionnelle

Sous-thème 7 : Proximité relationnelle et à l'intensité émotionnelle dans les relations familiales

Thème 2 : Peur d'un danger qui menace directement l'individu

Sous-thème 1 : Représentation angoissante, douloureuse, et conflictuelle d'une séparation d'avec les objets parentaux

Sous-thème 2 : Le rejet de l'autorité parentale et l'engagement des relations avec les pairs

Thème 3 : Peur qu'un danger le sépare du groupe familial

Sous-thème 7 : Conflits de valeurs

Sous-thème 7 : Désintégration du groupe familial

Thème 4 : Peur de séparation avec certains membres du groupe familial

Sous-thème 1 : Relation ambiguë avec les figures d'attachement

Sous-thème 2 : Le sujet a besoin d'une figure familière pour se sentir exister

ANNEXE 3

Corpus des entretiens

ENTRETIEN 1

Étudiant : Vécu interne des membres de la famille

Participant : Vécu se passe bien avec les membres de la famille (je ne vis pas avec sa maman , mon grands frères déjà mariés) c'est l'absence de ma mère qui est à l'origine du problème de consommation. j'avais 15 ans lorsqu'elle a quitté le pays , je vivais avec ma grand-mère

Étudiant : Nature des interactions familiales

Participant : Les interaction, c'est ça je fuis, les interaction car je ne veux pas m'ouvrir , les autres ont tendance à me juger , je ne veux pas la pitié des autres ; je préfère refuser l'aide des autres.

Étudiant : Caractéristiques familiales

Participant :La famille est bonne, y a entente (groupe familial whatsapp). Personne ne me comprend, aucun effort et moi je prends mes distances.

Étudiant : Intimité émotionnelle dans les relations interpersonnelles

Participant : Intimité émotionnelle : « je ne suis pas quelqu'un d'ouvert », je suis quelqu'un de dure, de nerveuse , je n'étais pas comme ça avant ; le monde est cruel , l'être humaine est méchant

Étudiant : Dysfonctionnements

Participant : dysfonctionnement : j'ai été la seule qui n'a pas vu mon père , n'a pas eu de figure paternelle ; le père est mort 2 semaines après ma naissance.

Étudiant : Les conversations familiales (types de sujets, orientation, durée). La communication est-elle conflictuelle ? comment ?

Participant : Je ne cause pas, excepté les mariage et les deuils ça même les cérémonies et les fêtes elle n'y va pas.

Je transmet une fausse émotion pour pouvoir être seule , me protéger, je me disais que c'était bon pour moi ,mais j'ai compris que ça allait me détruire.

La personne qui écoutait mieux ma situation était mon cousin quand nous étions plus jeunes, maintenant il est marié et j'ai pris mes distances.

Étudiant : Proximité relationnelle et à l'intensité émotionnelle dans les relations familiales

Participant : Peu de proximité au départ, avant oui , mais après c'est le troc qui m'a rendu renfermé émotionnelle

Étudiant : Peur d'un danger qui menace directement l'individu

Participant : La seule chose qui me fait peur c'est l'abandon ; abandon amicale , les relations intime, parentale et pour y remédier , je me renferme encore sur moi-même et je transmets une fausse émotions , image de moi pour pouvoir rester seule.

Étudiant : Peur qu'un danger le sépare du groupe familial

Participant : Peur d'abandon à tous les niveaux

Étudiant : Peur de séparation avec certains membres du groupe familial

Participant : Toujours peur de l'abandon, car à chaque fois que j'ai toujours essayé de m'ouvrir, j'ai été déçu.

ENTRETIEN 2

Étudiant : Vécu interne des membres de la famille

Participant : Ça se passe bien même comme des fois il y'a des disputes (entre la mère , et la tante ,la grand-mère)

Étudiant : Nature des interactions familiales

Participant : Il y'a communication entre les membres

Étudiant : Caractéristiques familiales

Participant : Famille large (je vis avec ma mère et mes sœurs) mais des fois je pars chez ma grand-mère et ma tante ; (père à l'étranger)

Étudiant : Intimité émotionnelle dans les relations interpersonnelles

Participant : Pas de petite amie , relation bon avec les amis

Étudiant : Dysfonctionnements

Au niveau des modèles éducatifs :

Participant : Non

Au niveau des modèles parentaux :

Participant : Non tout se passe bien

Au niveau des modèles du fonctionnement familial :

Participant : il n'y a pas de problème (si on me gronde c'est que c'était de ma faute)

Au niveau des modèles des échanges émotionnels :

Participant : ça se passe bien

Étudiant : La communication est-elle conflictuelle ? comment ?

Participant : bonne communication dans la famille (2heure devant la télé en causant)le plus souvent bonne et calme. Des fois on est un peu dure avec moi, les paroles insupportables et je réponds et je pars dans mon coin

Étudiant : La communication émotionnelle

Participant : Bonne avec ses amis

Étudiant : Proximité relationnelle et à l'intensité émotionnelle dans les relations familiale

Participant : on cause beaucoup, émotions réciproque avec la famille

Étudiant : Peur d'un danger qui menace directement l'individu

Participant : Peur d'arrêter de fumer , je m'inquiète pour ma santé , ma santé me fait peur.... Je regrette après avoir fumé ,difficile d'arrêter

Étudiant : Le rejet de l'autorité parentale et l'engagement des relations avec les pairs

Participant : L'autorité parentale est acceptée la plus part des temps lorsque j'ai tort. Avec les amis je me sens bien, y a du soutien, bonne entente.

Étudiant : Peur qu'un danger le sépare du groupe familial

Participant : Peur de perdre une personne et de ne plus la revoir (mère ,père ,tante , grand-mère)

Étudiant : Conflits de valeurs

Participant : Le fait de dire que je ne vais pas fumer après je fume, non control. Et les autres me disent je vais jamais changé.

Étudiant : Désintégration du groupe familial

Participant : **Dison être indépendant pour ne plus dépendre des parents**

Étudiant : Peur de séparation avec certains membres du groupe familial

Participant : **Peur de séparation avec la mère, car c'est elle qui me soutien**

Étudiant : Relation ambiguë avec les figures d'attachement

Participant : Je me sens en sécurité avec la mère et la relation est bonne entre nous.

Étudiant : Le sujet a besoin d'une figure familière pour se sentir exister

Participant : Je me sens en sécurité avec sa mère

ENTRETIEN 3

Étudiant : Vécu interne des membres de la famille

Participant : « Ça se passe bien, il y'a pas de problème »

« je vis juste avec ma tante et ma grande sœur, mes autres frères et sœurs sont déjà mariés chacun chez lui, et je vis pas avec ma maman... maman n'est pas au pays,... c'est l'origine du problème en fait ... maman a quitté le pays j'avais 15 ans, on est laissé me laisser chez ma grande mère à Konsamba... et l'année-là, c'est la première fois que j'ai pu avoir... je sais que je vais dire ça comment... un modèle masculin, donc mon grand-père, et je crois 8 ans après il est décédé et c'était la base de tout commencement

Étudiant : Nature des interactions familiales

Participant : « C'est moi qui suis régissante... »

« Les gens ont tendance à juger que de comprendre,... et je n'aime pas quand on a pitié de moi, c'est la pitié là que je ne veux pas, c'est pour cela que je me renferme... »

« Faut pas être redevable »

Étudiant : Intimité émotionnelle dans les relations interpersonnelles

Participant : « Je ne suis pas quelqu'un d'ouvert,... c'est une carapace que je me suis formé, ... c'est difficile pour les gens de m'aborder,... c'est tout le monde,... je suis très nerveuse, je suis quelqu'un de très nerveuse,... »

« J'étais pas comme ça avant,

Étudiant : Dysfonctionnements

Participant : « Dysfonctionnement dans quel sens,... »

« Nous sommes juste 5 enfants et je suis la seule qui n'a pas grandi avec son papa, parce que la maman était enceinte, papa est mort une semaine,... ma propre mère m'a mise au monde, donc moi je n'ai pas eu de figure paternelle,... la seule fois où j'ai vraiment eu de figure et qui m'a vraiment donner de l'avant n'a pas duré longtemps, c'est la base de mon problème »

« Et eux ils ne comprennent pas ça, eux ils ne comprennent pas ça, puis j'ai grandi, je me suis dit que je vais murir et faire face à ça et ça se complique d'avantage

« J'ai essayé de parler de ça, plusieurs fois en famille, mais quand écoute ce qui revient, tu dis ouf

Personne à l'écoute « Il y'a mon cousin, mais ça c'était lorsqu'on était plus jeune, maintenant il a sa famille, il est concentré, et moi aussi j'ai pris des distances, et du coup je ne cause plus avec lui, on se retrouve seulement dans les occasions familiales, c'est le seul qui était à l'écoute, qui comprenait vraiment... »

« Aujourd'hui, il peut l'être c'est juste que moi je ne veux plus me reprocher... »

Se rapprocher de lui « pas pour le moment,... je voudrais d'abord chercher à travailler sur moi-même, avant de chercher à avoir l'aide des autres

« Au parant oui,...je encore plus renfermé »

« Tout le monde le monde en fait, j'ai toujours eu un problème particulier que personne n'arrivait à comprendre,... la dernière-née d'une famille a toujours besoin d'émotions,

« Il faut d'abord que j'améliore ma qualité de vie

Étudiant : Les conversations familiales (types de sujets, orientation, durée)

Participant : « Comme ça »

« Oui peut être comme il y a les groupes de familles quand on de cherche moi, je n'ai pas le temps, ce n'est que dans les occasions peut-être s'il y a deuil, ou s'il y a mariage parce que les cérémonies et fête, je n'assiste pas, si c'est le deuil ou peut être un mariage

« Je me disais que c'était bon pour moi, mais J'ai compris que ça allait me détruire

Étudiant : Peur d'un danger qui menace directement l'individu

Participant Peur : « l'homme est cruel hein doc , l'être humain est méchant,...

Étudiant : Peur qu'un danger le sépare du groupe familial

Participant : Peur « L'abandon, l'abandon que ce soit amicalement, fraternellement, intimement, parental, c'est pourquoi je dis dans tous les sens,...

Pour faire face à la peur « je me renferme encore... »

Derrière la carapace il se cache une belle personne, une belle âme,...

Concernant sa copine « elle est free, dégagée, c'est l'opposé de moi, c'est pour ça qu'il faut bien être avec son opposer pour former la complémentarité,...

ENTRETIEN 4

Étudiant : Vécu interne des membres de la famille

Participant : se vit bien, je vis avec mes grands parents

Étudiant : Nature des interactions familiales

Participant : tendu

Étudiant: Caractéristiques familiales :

Participant : bonne, pas de problème

Étudiant: Intensité émotionnelle dans les relations interpersonnelles

Participant : bonne avec tout le monde

Étudiant : Dysfonctionnent :

Model éducatifs :

Participant bonne

Model parentaux :

Participant : bonne

Model du fonctionnement interpersonnel :

Participant non

Model des échanges émotionnels :

Participant : bonne

Étudiant : Les conversations familiales

Participant : Sujets basés sur l'école, orientation conseil. La communication est bonne

Étudiant: Proximité relationnelle et à l'intensité émotionnelle dans les relations familiales

Participant : La communication émotionnelle : bonne par des gestes (cadeaux) je suis sent heureux.

Étudiant : Peur d'un danger qui menace directement l'individu

Participant : « Je n'ai peur de rien »

Étudiant: peur d'un danger le sépare du groupe familial

Participant : rien

Étudiant : Peur de séparation avec certains membres du groupe familial

Participant : oui ma mère car j'ai peur qu'elle ne sera plus là un jour pour moi. J' essaie de veiller qu'elle va bien. Ma mère car c'est la seule personne que j'aime.

ENTRETIEN 5

Étudiant : Vécu interne des membres de la famille

Participant : n'est pas mauvaise

Étudiant : Nature des interactions familiales

Participant : bonne

Étudiant : Caractéristiques familiales :

Participant : stricte des deux côtés maternel et paternel

Étudiant : Intensité émotionnelle dans les relations interpersonnelles

Participant : bonne j'évite de m'énerver mais, il n'est pas compris par les autres

Étudiant : Dysfonctionnent :

Model éducatifs :

Participant : très bonne à la maison mais à l'école c'est différent

Model parentaux :

Participant : bonne avec dialogue

Model du fonctionnement interpersonnel :

Participant : bonne avec certains désaccords comme toute

Model des échanges émotionnels :

Participant : joie, tristesse

Étudiant : Peur d'un danger qui menace directement l'individu :

Participant : Peur de décevoir

Étudiant : Peur de séparation avec certains membres du groupe familial :

Participant : la mort

ENTRETIEN 6

Étudiant : Vécu interne des membres de la famille

Participant : « c'est là, bonne »

Étudiant : Nature des interactions familiales

Participant : « là, bien »

Étudiant : Caractéristiques familiales :

Participant : « c'est là »

Étudiant : Intensité émotionnelle dans les relations interpersonnelles

Participant : je n'ai pas beaucoup d'amis et les conversations sont bonnes

Étudiant : Dysfonctionnent :

Model éducatifs :

Participant : bien

Model parentaux :

Participant : juste là

Model du fonctionnement interpersonnel :

Participant : « je ne sais pas quoi dire »

Model des échanges émotionnels :

Participant : silencieuse

Étudiant : Les conversations familiales

Participant : je ne parle pas beaucoup mais j'écoute beaucoup plus les autres

Étudiant : Peur d'un danger qui menace directement l'individu

Participant : le futur c'est-à-dire ce qui peut arriver

Étudiant : Peur de séparation avec certains membres du groupe familial : rien

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	I
DEDICACE	III
REMERCIEMENTS	IV
RESUME	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE CADRE THEORIQUE ET EMPIRIQUE	4
CHAPITRE I. PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	5
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	5
1.2. POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME	11
1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	15
1.3.1. Question principale de la recherche	15
1.4.2. Questions spécifiques	15
1.4. OBJECTIF DE L'ÉTUDE	16
1.4.1. Objectif général	16
1.4.2. Les Objectifs spécifiques.....	16
1.4. LES HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE	17
1.4.1. Hypothèse générale	17
1.4.2. Hypothèses spécifiques	18
1.5. LES INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE	18
1.5.1. L'intérêt scientifique	18
1.5.2. L'intérêt social.....	19
1.6. DÉLIMITATIONS DE L'ÉTUDE.....	19
1.6.1. Au plan thématique	19
1.6.2. Au plan théorique	20
1.6.3. Au plan spatio-temporel	20
1.6.4. Limite matérielle	20
1.7. CLARIFICATIONS DES CONCEPTS	21
1.7.1. Adolescence	21
1.7.2. Vécu des adolescents.....	23
1.7.3. Famille.....	24
1.7.4. Les conduites addictives.....	25
CHAPITRE 2 : ADDICTION, ADOLESCENCE ET SYSTÈME FAMILIAUX	30
2.1. L'ADDICTION : ÉTAT DES LIEUX	30
2.1.1. Emergence du concept	30
2.1.2. Histoire	32
2.1.3. Esquisse de définition.....	34
2.1.4. Typologie des addictions.....	38
2.1.4.1. L'addiction au Tabac	40

2.1.4.2. L'Addiction à l'Alcool	40
2.1.4.3. Le Cannabis	42
2.1.4.4. Les opiacés	43
2.1.4.5. La cocaïne	44
2.1.4.6. Ecstasy.....	44
2.2. ADDICTION AVEC SUBSTANCE	46
2.3. ADDICTION COMPORTEMENTALE.....	49
2.3.1. Critères diagnostiques relatifs aux dépendances comportementales.....	50
2.3.2. Caractéristiques communes aux addictions avec substance.....	52
2.3.3. Particularités.....	53
2.4. L'ADOLESCENCE : PÉRIODE À RISQUE.....	53
2.3. MODÈLES FAMILIAUX SYSTÉMIQUES ET CONDUITES ADDICTIVES	54
2.3.1. Le modèle de différenciation intrafamiliale	54
2.3.2. Le modèle familial structural	56
2.3.3. Approches empiriques des processus familiaux dans les conduites addictives ..	58
2.3.3.1. Les troubles des conduites alimentaires	58
2.3.3.2. Satisfaction familiale et évitement du conflit.....	58
2.3.3.3. Niveau de cohésion et enchevêtrement	59
2.3.3.4. Différentes représentations de la famille entre les membres.....	60
2.3.3.5. Communication émotionnelle	60
2.3.4. Les conduites de dépendance aux substances	61
2.3.4.1. Structure familiale	62
2.3.4.2. Rupture familiale.....	62
2.3.4.3. Conflictualité.....	62
2.3.4.4. Dépendance interpersonnelle	63
2.3.4.5. Perception du soin parental	64
2.3.4.6. Niveau de cohésion et enchevêtrement	65
CHAPITRE 3 : APPROCHES THEORIQUES DE LA RECHERCHE	66
3.1. LES DIFFÉRENTES APPROCHES DES ADDICTIONS.....	66
3.1.1. Le modèle cognitivo-comportemental	66
3.1.2. Le model biopsychosocial.....	67
3.1.3. L'approche psychobiologique	68
3.1.4. Le model du renversement psychologique.....	69
3.1.5. Le modèle de Gestion hédonique	70
3.1.6. Le model général de l'addiction et du système d'addiction.....	71
3.3. THÉORIE GÉNÉRALE DES ADDICTIONS	73
DEUXIEME PARTIE.....	79
CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE	79
CHAPITRE 4. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	80
4.1. BREF RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE.....	80
4.1.1. Rappel du problème	80
4.4.2. Rappel de la question de recherche	81
4.4.3. Rappel de l'hypothèse générale.....	81
4.4.4. Rappel de l'objectif général	82

4.2. SITE DE L'ETUDE	83
4.2.1. Justification du choix de l'hôpital central de Yaoundé (HCY).....	83
4.2.2. Présentation de l'hôpital central de Yaoundé.....	83
4.2.3.1. Le personnel du service.....	85
4.2.3.2. Le fonctionnement du service	85
4.3. PROCEDURE ET CRITERES DE SELECTION DES PARTICIPANTS	86
4.3.1. Critères de sélection	86
4.3.1.1. Critères d'inclusion	86
4.3.1.2. Critères d'exclusion.....	87
4.3.1.3. Procédure de sélection des participants.....	87
4.3.1.4. Caractéristiques des participants	87
4.4. TYPE DE RECHERCHE : RECHERCHE CLINIQUE	88
4.5. METHODE DE RECHERCHE : ÉTUDE DE CAS	89
4.6. CONDUITE DES ENTRETIENS : ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF.....	90
4.7. INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNEES : LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	91
4.8. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	92
4.9. TECHNIQUE D'ANALYSE DES ENTRETIENS : ANALYSE DE CONTENU	94
4.9.1. Analyse thématique	94
4.10. CONSIDERATIONS ETHIQUES	95
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	97
5.1. RESULTATS DE LA RECHERCHE.....	97
5.1.1. Présentation sommaire des participants.....	97
5.1.1.1. Participant 1.....	97
5.1.1.2. Participant 2.....	97
5.1.1.3. Participant 3.....	98
5.1.1.4. Participant 4.....	98
5.1.1.5. Participant 5.....	98
5.1.1.6. Participant 6.....	98
5.1.2. Présentation des résultats	98
5.1.2.1. Le contexte familial.....	98
5.1.2.2. De la peur d'un danger qui menace directement l'individu au développement des conduites addictives	100
5.1.2.3. De la peur qu'un danger le sépare du groupe familial au développement des conduites addictives	102
5.1.2.3. De la peur de séparation avec certains membres du groupe familial au développement des conduites addictives.....	102
5.2. ANALYSE DES RÉSULTATS	103
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION.....	107
6.1. RAPPEL DES RÉSULTATS	107
6.2. BREF RAPPEL DES DONNÉS THÉORIQUES	108
6.3. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	111
6.3.1. Interprétation des résultats par rapport à l'HG : De par les dérèglements familiaux, le vécu familial contribue au développement des comportements addictifs chez l'adolescent.	112
6.4. DISCUSSION	115

6.5. PERSPECTIVE	117
CONCLUSION GENERALE	118
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	121
ANNEXES.....	139