

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

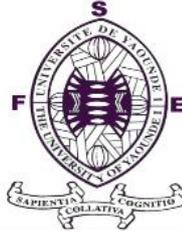
UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

**CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES**

**UNITÉ DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION
ET INGENIERIE EDUCATIVE**

**DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION
SPECIALISÉE**



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 SPECIAL
EDUCATION**

**DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET REMÉDIATION À
L'ADDICTION AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES
CHEZ LES ADOLESCENTS INTERNÉS À L'HÔPITAL
JAMOT DE YAOUNDÉ**

Mémoire soutenu publiquement le 16 septembre 2024 en vue de l'obtention du Diplôme de Master en
Sciences de l'éducation.

Filière : Éducation Spécialisée

Spécialité : Handicaps Mentaux, Habiletés Mentales et Conseil

Option : Psychologue Professionnel en handicap mental, psychique et gérontologie

Par :

BEYAMBAYE DJIRAINGAR

Licence en Psychologie

Matricule : 21V3579

Sous la direction de :

M. Claude Désiré NOUMBISSIE

Maître de conférences

Membres du jury :

Président : MGBWA Vandelin, Professeur, Université de Yaoundé I

Rapporteur : Claude Désiré NOUMBISSIE, Maître de Conférences, Université de Yaoundé I

Examineur : WAKEU Martial Aimé, Chargé de Cours, Université de Yaoundé I

Septembre 2024



SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DE SIGLES ET ACROMES	iv
RESUME.....	v
AVERTISSEMENT	vi
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE DE L'ÉTUDE	6
CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	7
CHAPITRE 2 LA REVUE DE LA LITTERATURE	31
CHAPITRE 3 : L'INSERTION THEORIQUE DE L'ETUDE	60
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE, RESULTATS, ANALYSE, INTERPRETATION ET DISCUSSION	93
CHAPITRE 4 : LE CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.....	94
CHAPITRE 5. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	113
CHAPITRE 6. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	127
CONCLUSION GENERALE DE LA RECHERCHE.....	145
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	149
ANNEXES.....	155
TABLE DES MATIÈRES.....	160

A

MA MAMAN : WARAL Margueritte

MON PAPA : DJIRANGAR Robert

REMERCIEMENTS

Ils vont à l'endroit de :

- ◆ Professeur Claude Désiré NOUMBISSIE notre encadreur ;
- ◆ Professeur Cyrille Bienvenue Bella, Doyen de la faculté de sciences de l'Education de nous avoir accueillis dans son institution et veillé à notre formation tout au long de notre séjour dans l'institution ;
- ◆ Professeur Mgbwa Vandelin chef de département de l'Education spécialisée (EDS) pour la formation reçue ;
- ◆ Tout le personnel enseignant, administratif et technique de la faculté des sciences de l'Education (FSE) de l'Université de Yaoundé 1 de manière générale et du département de l'éducation spécialisée (EDS) en particulier qui ont pu rendre un environnement favorable à notre épanouissement intellectuel et à la réalisation de ce travail de recherche ;
- ◆ Nos camarades de promotion avec qui nous avons exploré des thématiques nouvelles en sciences de l'Education, spécifiquement en handicap mentaux et conseils ;
- ◆ Mes grand-frères et sœurs : MBAIRAMADJI Djiraingar, MINGUENGAR Djiraingar, DJIMTOINGAR Djiraingar, NELA Eugénie Djiraingar qui nous ont soutenu moralement et encouragé durant toutes nos années d'études ;
- ◆ Mes neveux : KOULEMADJI Felix, MODINGAM Dominique et Appolinaire pour leur soutien multiforme ;
- ◆ Mes cousins : ASDJIM Éric, NDOULEM Hortense et DJIMOTOBAYE DJIMASDONGARTE d'ont les conseils et soutiens financiers nous ont permis de cheminer tout au long de cette étude ;
- ◆ A mon aîné académique NGANDANDE Isaac pour son aide ;
- ◆ Tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail et d'ont les noms n'y figurent pas, qu'ils reçoivent aussi nos sincères gratitude ;

LISTE DE SIGLES ET ACROMES

CRTV	: Cameroun radio television.
DMS5	: Manuel diagnostic et Statistique des troubles mentaux.
FSE	: Faculté de science de l'éducation.
HJY	: Hôpital Jamot Yaoundé
OEDT	: Observation Européen des Drogues et des Toxicomanies
OFDT	: Observatoire français des Drogues et des Toxicomanies.
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non gouvernementale.
SPA	: Substances psychoactives.
UNESCO	: Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture.
UNICEF	: Fonds des nations unies pour l'enfance.
VD	: Variable dépendante.
VI	: Variable indépendante

RESUME

La recherche que nous avons menée est intitulé : « Détresse psychologique et remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé ». Elle s'insere dans le champ de recherche sur le handicap mental.

La presente etude porte sur l'usage ds substances psychoactives chez les adolescents addicts. Il faut noter que la detresse psychologique favorise l'usage des substances psychoactives. Il convient d'etre clair et comprehensible, de bien individualiser les differents types de dommages que peut entrainer la consommation des substances psychoactives.

Il a été question de savoir comment la remediation à l'addiction aux substances psychoactives peut-elle etre orienté par certains determinants (tristesse, l'anxiété et la devalorisation de soi) de la detresse psychologique chez les adolescents internés à l'hospital Jamot de Yaoundé. Or, il a été établi dans la littérature scientifique qu'il existe une equation entre la detresse psychologique et remediation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hospital jamot de Yaoundé.

Nous avons pour objectif principal : Etablir la relation entre la détresse psychologique et la remédiation à l'addiction aux substances psychoactive chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

Une hypothese generale a été formulée, à savoir la remediation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hospital Jamot de Yaoundé est orienté par certains determinants (tristesse, l'anxiété et la devalorisation de soi) de la detresse psychologique lorsque ceux-ci sont pris en compte dans le protocole thérapeutique. Nous avons mené des entretiens sémi-directifs avec 30 adolescents.

Les resultats obtenus indiquent clairement que la remediation à l'addiction aux substances psychoactives oriente certains determinants de la detresse psychologique chez les adolescents internés à l'hospital Jamot de Yaoundé.

Mots clés : Addiction, substances psychoactives, adolescents, remédiation, détresse psychologique.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de recherche et de Formation Doctorale en Science Humaines, Sociales et Educatives de l'Université de Yaoundé 1 n'entend aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire ; ces opinions doivent être considérées comme leur propre à leur auteur.

INTRODUCTION GENERALE

Le handicap mental selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2010), est « un arrêt du développement mental ou un développemental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés au niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ». Alors il faut dire que le handicap est plus que jamais au cœur des débats de nos jours.

Cependant, les comportements à risque qui débutent et s'installent à la jeunesse sont à l'heure actuelle maintenant un problème de santé publique. En effet, au cours de l'adolescence s'opère une diffusion rapide des usagers des produits psychoactifs Stanley hall (1904) est considéré tel le père scientifique de l'adolescence, phase transitoire de croissance biopsychosociale se situant entre 10 à 20 selon l'organisation mondiale de la santé (2021).

La détresse psychologique est définie comme un état de souffrance émotionnelle relevant de symptômes de troubles psychologiques (Sampasa-kanyinga et al.,2021) pouvant conduire à des psychopathologie par exemple : la dépression, trouble de consommation, anxiété non réversibles au fil de temps. La détresse psychologique peut se manifester par une gamme de symptôme à l'adolescence tel que l'anxiété, la dépression, l'irritabilité, le désespoir et les difficultés de sommeil.

Elle peut être un indicateur d'une mauvaise santé mentale, mais elle peut être simplement une réponse normale à des événements stressants de la vie, sans implication de diagnostic. De même un adolescent peut avoir une bonne santé mentale même s'il ressent de la détresse psychologique par moment. La détresse psychologique peut être un symptôme ou un facteur de risque contribuant au développement de trouble de santé mentale. Cependant, la détresse psychologique ne conduit automatiquement à un trouble de santé mentale.

En effet, la détresse psychologique à l'adolescence peut augmenter le risque de développer des troubles de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété, le trouble bipolaire, les troubles alimentaires, les troubles de personnalités (Keles et al 2020) et cela jusqu'à l'âge adulte.

A ce sujet, selon la société royale pour la santé des jeunes (2017), la prévalence de la détresse psychologique aurait augmenté au cours des 25 dernières années chez les adolescents. Cette augmentation à l'adolescence peut conduire à des comportements à risque à savoir : la consommation de drogues, d'alcool, le tabagisme, les comportements sexuels dangereux et l'automutilation, pouvant impacter leur vie future (Patel et al.. ,2007). Elle peut également affecter la concentration, la mémoire et les habilités sociales ce qui peut entrainer

des difficultés académique et professionnelles à long terme (Compa et Wagner,2017) ; conduire à des problèmes relationnels tels que l'isolement social, le rejet, le conflit et la rupture des relations familiales et amicales (Colten et al... ,2017),peut augmenter le risque de maladies physique telles que les maladies cardiaques, l'hypertension, le diabète et l'obésité à des graves occurrence (Ojike et al 2016) , et augmenter le risque de comportements suicidaire et de décès par suicide chez les adolescents (petersen et al...,2017). Mieux comprendre la détresse psychologique permettrait de réduire ces potentielles conséquences graves à long terme et de contribuer au bien-être de la population.

Une meilleure compréhension de cette problématique peut-aider à garder sous-contrôle de symptômes de détresse psychologique chez les adolescents, à améliorer leur qualité de vie et à prévenir ces potentielles ont de complications indésirables. Dans la même veine, d'autres stratégies préventives résident dans les bénéfices de la participation des adolescents à des activités organisées, pouvant potentiellement les pouvoirs d'un soutien social, d'un objet personnel, d'un sentiment d'appartenance à d'autres individus sur une passion commune ; d'un sentiment de connexion et d'épanouissement personnel ; des effets favorisant le bien être psychologique tout en réduisant les niveaux de détresse (Agans et al., 2016 Boelens et al., 2022). Par conséquent, si l'on considère que l'adolescence est une période critique au développement humain, il est important d'investir des efforts de recherche dans le but d'approfondir nos connaissances sur la détresse psychologique chez les adolescents (Clayborne et al.,2019).

Sa définition pouvait varier selon le contexte (Ridner, 2004). Si l'on prend par exemple le domaine maritime, la détresse représentait un état de danger ou un naufrage vécu par les navires. Dans un contexte de relations humaines, la détresse représente une souffrance physique ou psychologique (Dorland, 1994). Et c'est la définition que nous retenons ici dans ce travail. D'abord, une détresse liée à un symptôme spécifique, comme la fatigue, la tristesse ou l'insomnie. Ensuite, la détresse comme une perception subjective de notre réponse globale au stress (Rhodes & Watson, 1987). Cette évolution a mené à l'utilisation des mots détresse psychologique, un terme fréquemment utilisé dans plusieurs domaines médicaux et des sciences sociales (Ridner, 2004). Il est souvent utilisé comme un terme parapluie pour définir une combinaison de symptômes allant de la dépression à l'anxiété généralisée, en passant par des traits de personnalité ou des troubles de comportement (Drapeau et al., 2012). Elle va aussi s'accompagner de symptômes dépressifs (comme la perte d'intérêt, la tristesse, la perte

d'espoir), anxieux (comme se sentir tendu et en manque de repos), de frustration, etc. (Mirowsky & Ross, 2002).

Alors dans ce travail nous pouvons retenir quelle est un inconfort ressenti en réponse à un stresser spécifique ou une demande qui en résulte à une douleur spécifique ou permanente pour celui-ci. Même si la définition ci-haut ne fait pas consensus, on va aussi venir identifier l'exposition à un stresser ou un événement stressant dans l'environnement qui menace la santé physique ou mentale comme étant les principaux facteurs qui vont venir déclencher de la détresse psychologique. C'est cette inhabilité à faire face à ces facteurs qui va alimenter cette dernière (Wheaton et al., 2007). Même si on ne considère pas quelqu'un ayant de la détresse psychologique comme ayant un trouble de santé mentale, il n'en demeure pas moins que la ligne est mince entre les deux. En fait, la ligne est si mince que les échelles de mesure utilisée pour définir la détresse psychologique, la dépression et l'anxiété sont souvent composées d'items similaires (Drapeau et al., 2012). Ce qui pousse même certains chercheurs à se demander si une détresse psychologique non traitée pourrait éventuellement mener à une dépression (Wheaton, 2007). C'est un constat inquiétant sachant qu'une étude menée au sein d'un échantillon de 1013 jeunes canadiens âgés entre 6 et 18 a recensé que 67 à 70% des personnes interrogées ont rapporté avoir ressenti une détérioration de leur santé mentale (Cost et al., 2021).

Si l'on observe les caractéristiques démographiques liées à la détresse psychologique, on constate que le niveau de détresse psychologique va atteindre des sommets à divers moments de la vie d'une personne. L'un des premiers sommets que l'on observera sera à l'adolescence. Ce qui est tout à fait logique puisque l'adolescence est une période de transition développementale. C'est une période qui se définit par des changements drastiques, que ce soit chez la personne ou dans son environnement (Masten, 2004). Ce qui fait de cette période un terrain fertile à des apparitions de troubles psychopathologiques comme la dépression, l'anxiété et les troubles de substances (Steinberg et al., 2015).

Ainsi pour réaliser les objectifs assignés à cette étude, le travail est orienté autour de deux (2) grandes parties. La première repose sur la problématique de l'étude, le cadre conceptuel et théorique. Elle est constituée de trois (3) chapitres, dont le premier pose le problème autour d'une question principale, définit les objectifs, fait ressortir les intérêts, les limites de l'étude et définit les concepts clés. Le deuxième présente la revue de la littérature dont le travail tourne autour de la généralité sur les produits addictogènes, les déterminants de la détresse psychologique et la détresse psychologique et consommation des substances

psychoactives et le troisième chapitre repose uniquement sur les théories explicatives de l'étude. La deuxième partie et la fin est composée de trois (3) chapitres. Premièrement la méthodologie de l'étude ou elle définit le type de recherche, la population, les instruments de collecte de données et les différentes stratégies et moyen mis en œuvre pour faciliter l'analyse résultats, et deuxièmement l'analyse de données et troisièmement interprétation et discussion ainsi que les perspectives de la recherche.

**PREMIÈRE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET
THÉORIQUE DE L'ÉTUDE**

CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Selon Grawitz, (2004, p.326) la problématique dans une recherche est définie comme étant : « l'ensemble des hypothèses, des orientations, des problèmes dans une théorie ». Elle est alors supposée comprise comme l'ensemble construit autour d'une question principale et des signes d'analyse qui permettent de traiter le sujet choisi. Il s'agit de l'ensemble des questionnements autour d'un phénomène car, l'on ne peut prétendre faire de la science que si on a une préoccupation précise, un problème précis à résoudre. Elle comporte plusieurs articulations à savoir : le contexte de l'étude et sa justification, l'objet, le problème, les questions de recherche, les objectifs, l'intérêt de l'étude, la pertinence et la délimitation de l'étude.

1.1. Contexte et justification de l'étude

Dans cette partie de notre travail nous allons présenter le contexte de notre étude ainsi que la justification.

1.1.1. Contexte de l'étude

Le choix de ce sujet est proposé dans le cadre de la rédaction de notre mémoire en master en éducation spécialisée de la Faculté de Sciences de l'Éducation à l'université de Yaoundé 1 au Cameroun : option handicap mental, habilités mentaux et conseil.

Depuis des années, l'usage des substances psychoactives chez les adolescents addicts s'est introduit dans le monde en général et en Afrique en particulier. Après cette irruption, malgré de multiples sensibilisations, de lutte et de prévention mais le rapport récent nous fait comprendre que le taux de prévalence ne présente pas un signe de régression ni de stabilité. Selon Blos (1994), la problématique de l'addiction est actualisée au sein du second processus de séparation/individuation fait valoir l'addiction comme un moyen de se défendre vis-à-vis d'une nouvelle individualisation, d'une nouvelle naissance secrètement terrifiante.

En 1999, on estimait que près de 600 000 personnes sont décédées de surdoses d'opioïdes aux États-Unis d'Amérique selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2000) ; dans ce pays, le taux de mortalité par surdose dépasse le taux de mortalité due au VIH/sida au plus fort de l'épidémie. Cela étant, les analgésiques opioïdes et les médicaments psychotropes placés sous contrôle international et sont indispensables pour assurer les

services de soins de santé essentiels, en particulier pour dispenser des soins palliatifs, prendre en charge la douleur et traiter les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives.

Selon les dernières estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (l'OMS, 2002) environ 583 000 décès étaient directement ou indirectement imputables à l'usage de drogues en 2019, dont près de 450 000 attribuables aux opioïdes. Environ 14 000 au cannabis. L'usage de drogues injectables représente environ 20% des infections à VIH en dehors de l'Afrique subsaharienne¹ et, d'après le dernier rapport de situation de l'OMS sur le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, il contribue de façon significative aux épidémies d'hépatite B et d'hépatite C dans toutes les Régions.

En mai 2021, la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la décision WHA74(17) dans le cadre du processus de réforme de la gouvernance de l'OMS, dans laquelle elle a décidé, entre autres, que l'établissement de rapports au titre des mandats des organes directeurs devrait être mieux précisé.

Dans sa résolution A/RES/S-30/1, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté le document final de sa session extraordinaire de 2016 sur le problème mondial de la drogue, qui incluait des recommandations pratiques pour aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue, dans lesquelles l'OMS était parfois explicitement mentionnée. Environ 275 millions de personnes qui ont fait usage de drogues psychoactives au cours de l'année 2020, un chiffre qui, d'ici à 2030, devrait augmenter de 11 % dans le monde et de 40 % rien qu'en Afrique ; en outre, d'après les estimations, 36 millions de personnes présentent des troubles liés à l'usage de drogues. Il apparaît donc que la consommation de drogues, les troubles et les affections connexes continuent de poser des problèmes de santé publique de très grande envergure.

L'usage des drogues et l'addiction constituent un problème de santé publique. A l'échelle mondiale, on estime que 250 millions de personnes consomment des drogues illicites, dont 25 millions de dépendants. Selon American Psychiatric Association « APA » (2006), 7 à 10% d'adolescent auraient besoin d'être traités pour des problèmes liés à l'usage de substance psychoactives. Entre 15 et 25 ans que le produit considéré, les expérimentateurs des drogues sont en majorités des garçons. (Delie, 2007).

Même sans suite d'un traumatisme, les premières expériences avec les drogues ont lieu pendant l'adolescence, principalement avec les drogues légales telles que l'alcool et la

cigarette (tabac), suivi du cannabis considéré comme drogue légère. En 2008, L'UNODC (United office on Drugs and crime), estimait de 149 à 272 millions le nombre de personne âgées de 15 à 65 ans ayant consommé des substances illégales au moins une fois dans leur vie. En 2011, L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), L'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture) et l'UNICEF (Fond des Nations Unies pour l'Enfance), indiquaient une nette augmentation du nombre d'adolescents entre 14 et 18 ans qui consommaient de la drogue (9,5% en 2007). Mais dans ce travail ce qui nous intéresse c'est les adolescents addicts qui sont en situation de détresse psychologique.

D'après une étude de l'OMS (2012), il semble que les garçons âgés de 13 à 15 ans sont plus enclins à faire usage des drogues que les filles. Le taux le plus élevé de consommation de la part des adolescents revient aux pays de l'Amérique latine et aux caraïbes, pour la même étude, la consommation de la drogue avant tout le reflet d'une société, de ses rituels ou de ses maux, les comportements en matière de toxicomanie ne cessent d'évoluer. Ainsi, en une décennie, a-t-on vu la consommation de cannabis fortement augmentée chez les adolescents (OMS 2012).

En Europe, le recul du tabagisme se confirme chez les femmes mais devrait encore être encouragé comme cela a été le cas depuis 2002 avec (Observatoire Européen des drogues et des Toxicomanies « OEDT », (2013). C'est ainsi que pour s'adapter au mieux aux évolutions nouvelles, les pouvoirs publics sont mis en place 2004-2008 pour prévenir les toxicomanies, prendre en charge la dépendance, développer la réduction des risques et lutter contre le trafic. Les adolescents français sont les plus drogués d'Europe, ils sont trois fois plus nombreux à prendre de la cocaïne. Les adolescents de la tranche 15-16 ans figurent parmi les plus grands consommateurs d'ecstasy, cannabis, cocaïne, amphétamine en Europe (OEDT, 2013).

En Afrique, plus de 12% de la population comprise entre 15 et 25 ans sont des consommateurs de cannabis. Plus alarmant encore, le taux de consommation chez les jeunes dans le pays tels que Ghana et la Sierra Léonice est le plus élevé, soit plus de 20% (Office des Nations Unies contre les drogues et le crime « ONUDC », 2014). Selon les estimations de chiffres qui font de l'Afrique une cible pour les trafiquants de drogues qui y voient un gigantesque marché pour les clients potentiels.

Selon Owono (2006), la consommation des drogues est un réel problème de société au Cameroun. De façon générale, d'après les chiffres du Comité National de lutte contre les

drogues « CNLD », il touche davantage le milieu jeune ou 60% a déjà consommé toutes catégories de drogues confondues. 25% de camerounais ont déjà consommé une drogue dure.

Cependant, les statistiques du Ministère de la santé publique (2018), sont suffisamment évocatrices. Celle-ci indiquent que, indépendamment de leur lieu de résidence, 60% des jeunes de 20 à 25 ans ont consommé de la drogue, quel soit licite (alcool, tabac) ou illicite (cannabis, tramadole) non autorisée, diazépine, benziadephine, cocaïne...). Au début de l'année 2000, Ndembiyembe (2018), on avait fait constat que 60% des drogués étaient des enfants de la tranche d'âge de 17 à 20 ans. En croire Maïna (2018), « 12 millions de jeunes salariés, âgés de 13 à 15 ans, consomment du cannabis, qui est la drogue dure la plus consommé par la jeunesse devant les tramodoles ».

Le phénomène d'addiction aux drogues s'observe aussi dans les hôpitaux de Yaoundé, plus précisément à la clinique psychiatrique de l'hôpital Jamot ou l'étude réalisée par Mbassa & al (2012), a montré que sur 108 patients usagers de drogue problématique, 75% d'entre eux étaient de moins de 30 ans. Aujourd'hui, il existe des structures s'occupant de la toxicomanie à l'instar de la CNLD mise en place en 1992 par le gouvernement, afin de coordonner le problème de consommation de drogue. Le gouvernement à encourager et soutient également les associations de lutte contre la toxicomanie, qui était un fléau qui n'affecte à la fois l'individu et son entourage. Ce fléau interpelle toute recherche et en particulier celui spécialise en Handicap mental. En effet, la consommation de drogue chez les adolescents affecte son fonctionnement psychique. Elle induit une souffrance psychique chez les adolescents consommateurs et son entourage, par conséquent, perturber l'homéostasie de sa famille et créé en corolaire une souffrance psychologique chez ses parents.

Selon les derniers chiffres du Ministère de la santé publique 60% des adolescents consomment de la drogue au Cameroun. Ces adolescents ancrés dans la consommation des drogues appartiennent aux familles au sein du quel existe des dysfonctionnements. Ces dysfonctionnements sont relatifs à la crise économique des année 90, à l'avènement des nouvelles églises. Aux violences conjugales et conflits intrafamiliaux parfois même aux accusations de sorcellerie. Dans ce contexte les enfants répondent parfois à cette perturbation par de troubles de comportement. Parmi les quels la consommation des drogues. Face à cette consommation, les parents désespèrent, ont parfois de réaction diverse : ils sont parfois disqualifiés dans leurs inquiétudes.

Liddle (2004), déclare que le problème de l'adolescence et ses consommations de drogue vont déstabiliser les relations familiales. Cette consommation de l'adolescent peut aussi s'agir d'une cause liée directement à un trouble ou à une détresse psychologique.

1.1.2. Justification de l'étude.

Le recours aux drogues est un phénomène psychosocial amplifié à l'adolescence (Brochu 2000). Certains adolescents seraient plus prédisposés à entamer et à continuer dans une disposition qui est pluri déterminé (Ferrari, 2001). Nous percevons à l'instar des travaux de Bonnet et Pedinellie (2010), les conduites addictives sont comme des comportements dont le statut économique et la valeur adaptative sont aussi important que la vulnérabilité individuelle (cognitive-émotionnelle et intrapsychique) les conduites addictives considérés comme une modalité d'expression de la pathologie de l'agir, relèvent de la problématique de dépendance-autonome.

Le développement cognitif pourrait être considérés comme « le miroir » de la dynamique intrapsychique. Si l'on réfère aux prototypes des personnalités limites addictives à l'adolescence (Sztulman,2010), on se trouve face à un fonctionnement complexe, la fragilité narcissique et la défaillance symbolique s'accorderaient à une cognition tout aussi fragile, ce qui se traduit particulièrement dans les fonctions exécutives qui définissent le rapport de l'environnement.

Dans le contexte environnemental, Hawkins et Collab (1992) ont recensé divers facteurs relatifs à la famille qui peuvent intervenir dans la consommation des jeunes. Les attitudes et comportements des parents par rapport à l'usage de drogues, les pratiques d'éducation. Alors nous comprenons qu'une mauvaise éducation des parents au sujet des substances psychoactives vis-à-vis de leurs progénitures donne une idée positive à ces derniers de se lancer facilement dans la consommation.

Tout se passe au tour de la relation mère et enfant comme déclare la théorie de l'attachement de John Bowlby, le psychiatre et psychanalyse anglais, qui consiste à dire que l'enfant a besoin pour se développer normalement sur le plan affectif et social de former une relation affective privilégiée avec au moins une douceur de soins, appelé figurine d'attachement principale mais là n'est pas notre problème puisque notre problématique est un peu plus claire et plus particulière sur les adolescents addicts en situation de détresse psychologique.

Dès le début de la vie de l'enfant et au long de celle-ci, toutes les situations de détresse dans le monde intérieur ou extérieur de l'enfant déclencheront des comportements d'attachement. Les situations de détresse dépendent de l'environnement ou des sensations de l'enfant par exemple une dent qui perce. Il faut noter que à partir de 9 mois, toute distance supérieure à celle que l'enfant peut supporter déclenchera de recherche de proximité, vers 9/12 mois, les enfants détestent être séparés de leurs figures d'attachement. Au cours de la croissance, les projections limbiques sont développées plus tôt que les projections corticales. Ce déséquilibre entre ces systèmes crée une différence de maturité. Cet a lieu uniquement au moment de l'adolescence. Ce décalage au niveau de la maturité pourrait expliquer l'impulsivité et la prise de risque observée de façon plus importante chez les adolescents que chez les adultes (Somerville et al., .2010 ; Picherot, 2014).

De plus, les adolescents passent plus de temps avec leurs pairs qu'avec leurs parents. Ce changement dans les interactions sociales peut influencer l'augmentation de la réactivité émotionnelle. En outre, étant donnée l'augmentation des choix et des consommations de substance psychoactive telle que la prise d'alcool, de tabac et de cannabis (Pichero, 2014).

Lorsque l'enfant est confronté à un stress précoce dans sa vie, cela peut induire un comportement de recherche de drogue a un plus jeune âge. Les conséquences de l'exposition à un élément stressant varient chez un adolescent par rapport à un adulte (Picherot,2014). Gray et squeglia (,2018) rapportent qu'une altération du développement du cerveau due à l'exposition à des neurotoxines pendant l'adolescence, en particulier la consommation d'alcool et d'autres drogues, pourrait ouvrir la voie à des problèmes cognitifs à l'âge adulte, ce qui aurait des conséquences fonctionnelles tout au long de la vie. Le développement cérébral du jeune est donc plus vulnérable (Picherot, 2014).

Plusieurs études longitudinales (Jacques et al .2015) nous montrent une dégradation des performances cognitives chez les jeunes consommateurs de cannabis et alcool.

Malchair (2013) ajoute qu'il s'agit d'une période critique pour l'entrée en addiction. Un adolescent addict met en danger son avenir au niveau de sa scolarité, son développement physique et neuronal. L'addiction est un véritable problème de santé publique. De plus, la ligne de partage entre une consommation et une addiction n'est pas simple. La consommation est acceptée, banalisée. Tandis que l'addiction est cachée, minimisée par l'entourage.

Culturellement, il faut préciser que dans certains pays africains la consommation des substances psychoactive plus particulièrement l'alcool est rendu obligatoire aux adolescents.

Du point de vue psychosociologique, la notion de l'addiction est relativement récente dans la littérature médicale au sens large. Nous retrouvons plus souvent des termes propres à la substance psychoactive à l'origine d'une dépendance : tabagisme, alcoolisme, toxicomanie ...

Selon ce point de vue, l'addiction est l'usage d'un produit ou la pratique d'un comportement qui envahit la vie d'une personne jusqu'au point où elle se voit sacrifier, sa vie, sa santé, ses relations extérieures. Ces « habitudes morbides » (Freud), produits de remplacement, assouvissant un besoin primitif, produit un effet anesthésique, la mise en acte de façon répétitive traduit la tension interne qu'elle soulage. La répétition de ces comportements peut pervertir certaines particularités du corps biologique dès qu'elle laisse une empreinte au niveau anatomo-physiologique dans le développement de la dépendance comportementale (récompense du cerveau, centre de plaisir).

Le comportement addictif va de pair avec une disposition addictive correspondant à des traits de personnalité décrits chez les sujets présentant : des état-limites, une fragilité narcissique ou une immaturité et une incapacité à être seuls, autonomes ou à établir des relations durables.

La pratique addictive, en réalité, réinterroge les liens à l'autre, la capacité à supporter le manque, l'absence, tout comme les relations fusionnelles devenues toxiques. Elle cherche à combler l'individu, à l'aider à supporter le vide ou à le créer de manière artificielle. Celui-ci se confronte aux absences, aux ruptures, aux deuils qui l'obligent à redéfinir ses relations.

La consommation des substances par exemple, peut avoir valeur d'auto traitement de substitution d'une dépendance aux proches. Autrement dit, des carences précoces au contraire des relations fusionnelles, des abandons, des ruptures affectives brusques comme des deuils, des violences sexuelles subies, des syndromes post-traumatiques, des pertes à répétitions, comme un licenciement associé à un divorce, sont des souffrances que les pratiques addictives tentent de résoudre.

Malgré plusieurs années de prévention, de sensibilisation, des écrits, l'intervention de l'état dans la lutte contre l'évolution de ce fléau, l'on constate que ce phénomène continue à être d'actualité c'est pourquoi, abordant le problème de la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé, nous voulons examiner le poids de la détresse psychologique comme facteurs favorisant l'addiction. Ce qui justifie notre recherche dont le sujet est intitulé : « La détresse

psychologique et remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé. » En effet, il sera donc question pour nous de chercher

à connaître les causes principales et proposer des techniques d'interventions pour aider les usagers à s'en sortir sous cet esclavagisme.

1.2. Objet de l'étude

L'adolescence, période propice aux expériences, résonne avec le comportement addict même si ce dernier peut survenir à n'importe quel moment de l'existence. A ce titre, arrêter de consommer un produit ne suffit pas à régler un problème puisqu'il s'agit de la partie « émergée de l'iceberg », la pathologie du lien étant la partie « immergée ». En effet, tout au long de sa vie, l'individu ajuste ses relations à partir de sa construction psychoaffective, fondée sur les relations aux premiers objets d'amour représentés par les parents, dont Sigmund Freud rappelait qu'il s'agissait d'un « métier impossible ». Aucune éducation ne détermine une addiction ni ne garantit de pouvoir y échapper : rien n'est figé. Un contexte protecteur ou des ressources individuelles pallient une construction qui pourrait sembler fragile.

L'individu renégocie à différents moments sa capacité de séparation, dont l'objectif est l'acquisition ou le maintien de l'autonomie. Quand elle n'est pas possible, il reste ou bascule dans la fusion ou la rupture. L'enfance et l'adolescence posent alors les bases de notre disposition à se distancier des autres, de notre mode d'attachement, participent à notre aptitude à supporter ou non le manque. Chacun tente de résoudre ce genre de dilemme sans toujours y parvenir. Autrement dit, les relations d'un individu pendant une pratique addictive servent à résoudre les difficultés avec les autres, soit parce qu'elles n'ont jamais été résolues autrement avec des pratiques qui émergent à l'adolescence, soit par ce que des événements de vie les précipitent vers ce type de comportement.

La présente étude porte sur l'usage des substances psychoactive chez les adolescents addicts. Il faut noter que la détresse psychologique favorise l'usage des substances psychoactive. Il convient d'être clair et compréhensible, de bien individualiser les différents types de dommages que peut entraîner la consommation des substances psychoactive. Selon la position psychologique, sociologique ainsi qu'en éducation spécialisée et leurs habitudes de la consommation, soit vers la banalisation de l'usage, soit vers la diabolisation. Ces dommages sont entrés autres : risques d'accidents, risques de troubles du comportement, risque psychologique et psychiatrique voire risque social.

Il semble nécessaire de mieux connaître et traiter l'usage nocifs des substances psychoactive (conduite d'abus) en complément de la dépendance dans le cadre d'éducation spécialisée plus précisément en handicap mental.

Les substances psychoactives étant une substance modifiant le fonctionnement psychique : alcool, amphétamines et produits dérivés, caféine, cannabis, hallucinogènes, nicotines (tabac), opiacés, sédatifs, hypnotique et anxiotiques, solvants volatils...Cet est soit recherché (cas de « médicaments psychotropes » et des « drogues »). Soit non recherché (cas des médicaments non psychotropes ou exposition professionnelle à un solvant par exemple.

Selon World Health Organisation ((2004), une substance psychoactive est une « substance qui possède la capacité de changer la conscience, l'humeur ou les processus de pensées d'une personne ». Selon l'Organisation Mondiale de la santé «une substance psychoactive s'étend d'une substance qui, lorsqu'elle est intégrée ou administrée altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives.

1.3. Formulation et position du problème de l'étude

Dans cette section de notre travail nous allons présenté le constat empirique et le constat théorique de l'étude.

1.3.1. Constat empirique.

Le constat fait aujourd'hui dans les établissements scolaires du Cameroun montre que les cas d'indisciplines, de comportements déviants et même de crimes d'un genre nouveau dû à la consommation des drogues se sont multipliés ces dernières années, tant en zone rurale qu'en zone urbaine, donnant lieu à des expulsions spectaculaires. Depuis 2010, les médias font écho de la recrudescence de la drogue dans les écoles. Aucune région du pays n'est épargnée. Le phénomène est accentué par la prolifération jusqu'aux abords ces écoles des pharmacies, de rue, des divers vendeurs ambulants et des débits de boisson.

Ainsi, au Cameroun, on enregistre environ 66000 décès liés à la consommation des drogues chaque année, contre 6.000.000 sur le plan mondial (kamtche, 2015). En outre, 15% de jeunes de moins de 15 ans sont fumeurs avec une prévalence plus élevée en milieu scolaire. Les enfants dont la tranche d'âge va généralement de 12 à 20 ans, sont dans les réseaux. Somme toute, la consommation de drogues se répand à travers les réseaux complexes dans les quartiers, les villes et villages, n'épargne pas les pensionnaires de lycéen écoles et collèges.

Dans le même sillage, une enquête sur l'usage de drogue en milieu scolaire a été menée à Douala en 2009, avec l'association Univers Psycho. Cette enquête a connu la participation de 1800 jeunes scolarisés a permis de constater que 30% des élèves des lycées et collèges consomment des drogues, 60% étant devenus indépendants pour élucider le phénomène de drogue, la fondation KAM-SIHAM ouverte il y a 4 ans accueillie plus de 300 jeunes toxicomanes chaque année. Elle a initiée en Octobre 2017 une enquête Nationale, question d'avoir des données fiables et scientifiquement défendable, sur l'évolution de la consommation de drogue par les jeunes scolaire Camerounais.

La fondation KAM-SIHAM par le biais de son centre de sevrage et désintoxication, ambitionné de mettre sur pied une observation Nationale sur les drogues et autres conduites addictives au Cameroun. En outre, et centre de sevrage de la fondation KAM-SIHAM a initiée en Septembre et octobre 2018, dans le cadre de ses activités de prévention, sa deuxième enquête nationale sur la drogue chez les jeunes au Cameroun. Cette enquête interroge les motivations des jeunes à consommer de la drogue et rend compte de l'ampleur et de la gravité d'un nouveau cancer social qu'est l'ancrage aux drogues en milieu jeune au pays (Maïna, 2018).

Récemment en 2018, une association empower Cameroun a été mobilisée par le proviseur du lycée de Mbankomo pour sensibiliser les élèves sur le danger sur la consommation.

Un reportage sur France 24 du 23 Avril 2018 avec (Pierre Akpro, Guy Marie Bandolo, Gigoto, Tchaya, Erinna, foumy) sur les ravages du tramole indiquent que comme d'autres pays d'Afrique subsaharienne, le Cameroun est confronté à une hausse inquiétante de consommation du tramadole. Le médicament considérant comme antidouleur tel que stupéfiant proche de la morphine est de plus en plus détourné et répandu dans le cours de récréation. Sa consommation touche surtout le mineur. Au sein de la jeunesse, la substance est prise pour ses effets euphorisants.

Des jeunes consommateurs de tramadole disent se sentir encourager et gagner de la force après les consommations. Certains deviennent très agressifs et violents, d'autres en meure de suite d'overdose. C'est ainsi qu'au lycée de Mbankomo à la périphérie de Yaoundé, le proviseur ne casse plus son inquiétude face à la montée en puissance du tramadole encore appelé tramole. « Les élèves, après la consommation deviennent violent avec leurs camarades

et envers les enseignants et responsables » (France 24, 2018). Ce phénomène va grandissant et s'il n'y a pas une bonne prévention, il y a à craindre que tous les enfants y soient exposés.

Pour y faire face, le gouvernement a ratifié plusieurs conventions. Ainsi le circulaire n° 19/07/MINESEC/Sg/Drh/SdSSapps du Ministère des Enseignements Secondaires portant création des clubs anti-tabac en milieu scolaire fait des établissements scolaires des espaces non-fumeurs. En Janvier 2018, le gouvernement camerounais a créé un comité Interministériel de lutte contre les drogues en milieu scolaire (Kamtche, 2015).

De nombreuses organisations de la société civile, l'Etat dans ses divers démembrements, ont entrepris des actions à plusieurs niveaux pour aider les Institutions scolaires à lutter contre ce phénomène. La pertinence du problème a poussé le Réseau Foi et Justice à mener une première investigation auprès des personnes engagées dans la lutte contre la drogue dans la ville de Yaoundé. Les résultats et les perspectives de cette recherche ont fait l'objet d'un atelier de réflexion multi-acteurs sur la problématique de la drogue en milieu scolaire au Cameroun qui s'est tenu le 7 janvier 2017 à la Conférence des Supérieures Majeurs et Délégués du Cameroun à Mvolyé. Cette rencontre a mobilisé autour de la table des Institutions gouvernementales (CNLDjMinsanté, Centre-La-Vie/CNLD, Délégation Régionale de la Jeunesse et de l'Education Civique de Yaoundé, OCEAC), des Organisations de la Société Civile (Foi et Justice, Justice et Paix Yaoundé, CALBRIL, ASSEJA), des Enseignants-chercheurs de l'Université de Yaoundé I, des Institutions sanitaires (OCASC, CSC Bikop), des Institutions scolaires et des associations de parents d'élèves (SENECA, Collège Vogt, Saint Benoît, La Retraite).

Les participants ont pu échanger sur l'accès et la consommation de drogue en milieu scolaire au - Cameroun, partager leurs expériences de lutte contre la drogue et déterminer les axes d'activités pouvant y contribuer. Ainsi ont-ils constitué une plateforme et recommandé une évaluation quantitative du phénomène pour soutenir des actions de plaidoyer.

La présente enquête veut y donner une suite. En mai 2017, la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport sur le problème mondial de la drogue sous l'angle de la santé publique, a adopté la décision WHA70(18) (2017), dans laquelle elle a prié le directeur général de poursuivre ses efforts pour améliorer la coordination et la collaboration de l'OMS avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD) et l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), dans le cadre de leurs mandats existants, et de faire rapport sur la mise en œuvre de la décision aux

Soixante et Onzième, Soixante-Treizième et Soixante-Quinzième Assemblées mondiales de la Santé, et de continuer à tenir la Commission des stupéfiants correctement informée des programmes et des progrès en la matière.

1.3.2. Le constat théorique

Selon Cappella et collab (2001) l'usage des substances psychoactive permet de surmonter la peur, permet aussi la récompense de sa souffrance psychologique ou encore sa détresse. Aussi, des chercheurs ont identifié 21 croyances liées à l'intention de jeunes d'utiliser régulièrement du cannabis.

Du point de vue biologique et pharmaceutique, les recherches sur les addictions alcooliques se concentrent particulièrement sur les mécanismes moléculaires de la maladie et son traitement médicamenteux individuel qui, comme pour les autres addictions, reste long et difficile. C'est pourquoi la recherche, bénéficiant de la longue histoire théorique de l'addiction en tant que phénomène psychopathologique, l'éducation spécialisée et particulièrement en handicap mental, poursuit le développement d'approches non médicamenteuses dans plusieurs directions : psychothérapies analytiques, thérapies familiales, thérapies comportementales et cognitives.

Du point de vue sociologique l'addiction est un phénomène capital social qui présente succinctement les principaux paradigmes du champ sociologique en évoquant ci-après les pères fondateurs qui ont pour avantages de déterminer des approches qui permettent de comprendre les conduites addictives afin de modéliser le comportement addictif qui s'appuie sur la Bourdieusienne.

Sur un plan neurobiologique, des études ont mis en évidence que les comportements addictifs peuvent avoir des conséquences irréversibles sur le développement du cerveau des jeunes qui passent par différentes étapes de maturation entre 15 et 25 ans. Ce procédé de maturation est fragilisé par la consommation de substances et peut entraîner des troubles cérébraux de long terme.

Ainsi, une consommation importante d'alcool chez les jeunes, caractérisée par les alcoolisations ponctuelles importantes (boire plus d'une certaine quantité d'alcool par jour ou en une seule occasion), a des effets neurotoxiques plus importants sur le cerveau adolescent et peut amoindrir les capacités de mémorisation et d'apprentissage. Parallèlement, les adolescents ressentent moins les effets négatifs associés à une consommation importante et

sont plus sensibles aux effets positifs, ce qui favorise le risque de consommation en quantité excessive. La consommation d'alcool peut aussi être associée à la survenue de pathologies telles que schizophrénie, dépression, hypertension artérielle et accidents cardiovasculaires (Crews et al. 2007).

Les expérimentations de substances psychoactives chez les jeunes s'inscrivent dans un contexte de sociabilité, de construction identitaire et de volonté d'expérimenter de nouvelles sensations. L'initiation aux SPA est souvent un moment de partage et de souvenirs « heureux » que les jeunes aiment raconter. La première cigarette est majoritairement peu appréciée mais cette première « mauvaise » expérience est souvent considérée comme un « rite de passage obligé », avec une volonté de surpasser le dégoût que provoque la substance, à accroître son propre seuil de tolérance. Avoir consommé de l'alcool avant 18 ans demeure quelque chose de commun, voire « normal » avec une toute première initiation qui a souvent lieu en famille (« pour goûter »), avant une deuxième initiation plus volontaire et festive entre amis.

La consommation d'alcool est associée à la joie, à la convivialité, au plaisir. C'est l'ingrédient jugé indispensable des « vraies » soirées festives chez les adolescents. Dans la plupart des pays développés, l'ivresse est associée chez les jeunes à la quête d'intégration sociale et, dans une moindre mesure, à la désinhibition et la recherche de conformité. La culture de la consommation d'alcool et les alcoolisations intensives en peu de temps (binge drinking) sont très ancrées dans les expériences des adolescents et dans la transition à la vie d'adulte. La quête de nouvelles expériences et sensations intenses s'accroît entre 15 et 24 ans. Ces expériences se font notamment lorsque les jeunes quittent le domicile familial et accèdent à une plus grande indépendance et à des sorties entre amis plus fréquentes.

Nous l'avons retenue comme champ de notre étude afin de savoir quelles sont les stratégies à adopter pour la prise en charge ces jeunes addictifs des substances psychoactives ? Aussi nous voulons insister sur la nécessité de réaliser des études approfondies sur les SPA, car elles permettront de cerner et de comprendre ces en jeu. Nous sommes convaincus que ces avancées rendront possible, dans une perspective préventive, l'amélioration des pratiques pour la prise en charge de ces derniers.

Pour la perception nous allons beaucoup plus nous bornés du côté clinique ou pathologique qui ressort la naïveté sur ce phénomène que beaucoup en considère dans un angle héréditaire et qui ne peut pas être résolu. Or, tout problème à une solution.

Pour la représentation ; la représentation adoptée à l'environnement, la population d'étude à une représentation ou quand une personne est dans cet état, il est difficile de le ramener dans le droit chemin ou encore de la réinsérer. Ainsi ces deux modèles psychologiques nous permettent de bien positionner le problème.

Faire la description de handicap mental revient tout d'abord à définir alors selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le handicap ou déficience intellectuelle est « un arrêt du développement mental incomplet caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives et du langage.

Mise au point dans les années 80 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de santé (CIF) distingue (5) types de handicaps : moteur, sensoriel, psychique, mental ainsi que les maladies invalidantes.

Plutôt que de se contenter d'une simple description de la maladie, cette classification mesure aussi les conséquences de diverses pathologies et affections sur le quotidien des personnes touchées.

La perception se déroule en présence de la chose de la chose perçue lorsque la représentation suppose un temps différé, de courte (mémoire immédiate) ou longue durée (histoire, les mythes fondateurs). Ce qui lui confère une plus grande capacité d'autonomie culturelle par rapport au réel auquel elle se réfère (In Lévy & Luussault, 2003, p.79)

Debarbieux poursuit en signalant « que la représentation ne s'apparente pas un double du réel. Elle en est toujours une interprétation » ce qui réaffirme le rôle de subjectivité de l'acteur dont nous cherchons à comprendre les références.

1.3.3. Problème spécifique de l'étude

Gauthier et al (1986), soutiennent qu'un problème de recherche est considéré comme étant « un écart ou un manque à combler dans le domaine de nos connaissances entre ce que nous savons et ce que nous devrions ou désirons savoir sur le réel. Le problème s'exprime par un sentiment d'ignorance et par le désir de connaître par la volonté d'en savoir plus en ce qui concerne le réel observable par un questionnement ».

Selon Sztulman (2010), l'addiction serait spécifiée par une phobie de penser qui s'exprime non seulement dans l'intolérance absolue à la frustration et à la douleur psychique non élaborée, mais aussi, dans l'incapacité à représenter, à conflictualiser et à symboliser d'où les difficultés de communication. Les sujets toxicomanes sont condamnés à produire des actes

symptômes qui court-circuitent toute élaboration psychique secondaire. Le sujet se trouve soumis à des affectes de diverses natures comme l'angoisse extrême et la jouissance sans limite. Ces affectes ne peuvent être mis en représentation ni en lien avec une quête organisée dans l'histoire personnelle du sujet. L'acte toxicomane évite la confrontation à des expériences présence-absence par l'anticipation de la satisfaction attendue. Il déplace l'expérience de la satisfaction sur le registre corporel, réalise un déni de la séparation et fait ainsi l'économie du travail de deuil.

Une approche de la cognition implicite de l'adolescent toxicomane postule que l'initiative d'utiliser la drogue est très influencée par le modèle habituel d'activation de concepts assez fréquents utilisés dans la mémoire. Or, Selon Guiedd (2011), la consommation des drogues change le cerveau de manière fondamentale, car elle interrompt la hiérarchie normale des besoins et de désir et les remplacent par des nouvelles priorités liées à l'obtention et à la consommation de drogue. Coco (1994), affirme que l'utilisation de drogue vient créer une distance artificielle dans le rapport entre les toxicomanes et le monde : distance qui n'a pu s'établir naturellement du fait de la dimension carence qui se dégage de ce sujet. Pour Corcos (2004), l'adolescent qui a consommé la drogue, se donne un rôle active, retrouver l'exercice contrôle de l'objet de transformer ce qu'il subit en liberté. En outre, ce que le sujet fait subir à son corps enseigne sur son combat intérieur non psychique et non secondarisée.

Pour Nguimfac (2017), l'adolescent souvent fragilisé psychiquement peut se trouver dans la consommation de drogue, la recherche d'un « air identité » ou encore exprimer par cette consommation un malaise au sein de sa famille. La consommation d'une drogue quelconque peut émerger chez l'adolescent, mais à condition : que le système familial n'ait pas pu s'adapter à sa nouvelle situation et que les règles qui régissent les relations en son sein se désorganiser, entraîne par ailleurs une distorsion des frontières familiale. Plus loin l'auteur indique que chaque fois qu'une famille ne peut pas s'adopter aux changements qui surviennent en son sein, un de ses membres pourra développer de trouble pour exprimer son désir de voir se réorganiser la structure de la famille en question (Nguimfact, 2017).

Dans cette perspective, l'incorporation de l'objet additif vise à combler un sentiment de vide insupportable. Cependant, cette liberté revendiquée par les toxicomanes dans l'utilisation du produit est factice car la toxicomanie confirme en fait le maintien de la dépendance à ses parents (Corcos, 2004).

L'adolescent toxicomane est dans une perte d'objet au sens psychanalytique du terme, perte d'objet infantile, qui représente d'ailleurs une menace dépressive non négligeable à ce moment-là (Manjauze, 2001). Cette perte s'effectuera à deux niveaux ; dès la petite enfance, et le vécu de ces pertes se sera réactualisé chez les adolescents lorsqu'il tentera de s'affirmer de façon autonome. La toxicomanie chez les adolescents répond à une perturbation des relations précoces. Aussi, Pirrot (2013), qualifie le comportement de toxicomanie comme un « agit au dehors oriente vers le dedans » dont le but est le même qu'un acting out, soit une expulsion de l'affect. Ainsi, la toxicomanie est pour lui, le résultat d'une absence de construction subjective qui laisse le sujet dans un débordement affectif constant n'ayant aucun sens et pour lequel il a trouvé une solution efficace dans une consommation répétée.

Dans le contexte de cette étude, le problème que nous voulons résoudre ici est celui de l'addiction aux substances psychoactives des adolescents en situation de détresse psychologique. Il est question de montrer que certaines situations de détresse psychologique (tristesse, anxiété et la dévalorisation de soi) pris en compte dans le processus thérapeutique, participent à la remédiation à l'addiction aux substances psychoactive chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

1.4. Questions et hypothèses de l'étude

Dans cette section de notre travail nous allons présenter d'abord la question principale de l'étude, les questions spécifiques et l'hypothèse générale ainsi que les hypothèses spécifiques.

1.4.1. Question principale de recherche

Considérant la problématique ci-haut, nous formulons notre question principale comme suit : Comment la remédiation à l'addiction aux substances psychoactive peut-elle être orientée par certains déterminants (la tristesse, l'anxiété et la dévalorisation de soi) de la détresse psychologique chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé ?

1.4.2. Les questions spécifiques de recherche.

QS1 : Comment la tristesse peut-elle être orientée par la remédiation à l'addiction aux substances psychoactive chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé ?

QS2 : Comment l'anxiété peut-elle être orientée par la remédiation à l'addiction aux substances psychoactive chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé ?

QS3 : Comment la dévalorisation de soi peut-elle être orientée par la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé ?

1.4.3. Hypothèse générale de l'étude

En guise de réponse provisoire à notre question générale de recherche, nous formulons l'hypothèse générale suivante : *la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé est orientée par certains déterminants (la tristesse, l'anxiété et la dévalorisation de soi) de la détresse psychologique, lorsque ceux-ci sont pris en compte dans le protocole thérapeutique.*

1.4.4. Les hypothèses spécifiques

HS1 : La tristesse oriente la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez adolescents internés à l'hôpital de Yaoundé.

HS2 : L'anxiété oriente la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

HS3 : La dévalorisation de soi oriente la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

1.5. Objectifs et but de l'étude

Cette partie est consacrée à la présentation des objectifs et but de notre étude. Nous allons dans un premier temps présenter les objectifs et dans un second temps le but.

1.5.1. Objectif de l'étude

Dans cette section de notre recherche, nous allons présenter un objectif principal et quelques objectifs spécifiques de notre étude.

1.5.1.1. Objectif principal

Nous avons pour objectif principal : Etablir la relation entre la détresse psychologique et la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

1.5.1.2. Objectifs spécifiques

OS1 : Examiner le lien entre la tristesse et remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

OS2 : Identifier le lien entre l'anxiété et la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital jamot de Yaoundé.

OS3 : Montrer le lien entre la dévalorisation de soi et la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital jamot de yaoundé

1.5.2. But de l'étude

Le but de notre étude consiste à offrir à la communauté scientifique une banque de donnée susceptibles de les situer sur l'un des problèmes de l'addiction.

1.6. Intérêt et pertinence de l'étude

Dans cette partie nous allons présenter les intérêts sur le plan personnel, scientifique et social

Sur le plan personnel, cette étude est une manière d'acquérir la connaissance, c'est aussi une initiation à la recherche pour qu'à la fin de cette recherche nous serons capables d'expliquer, de proposer des pistes de solutions dans le cadre de la détresse psychologique, la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives. Partant de notre formation, les personnes en situation de handicap mental sont au centre de notre préoccupation. Notre sensibilité au phénomène nous amènera à aller à la rencontre de ces jeunes addictifs aux substances psychoactives dans cette localité pour comprendre leurs problèmes quotidiens et de chercher à savoir comment ils arrivent à devenir addictifs.

Sur le plan scientifique, à la fin de ce travail, nous laisserons à la communauté scientifique une base de données des informations permettant aux chercheurs de connaître en détail cette problématique et d'interpeller le gouvernement à la prise en charge de ces adolescents addicts, de renforcer les professionnels dans l'accomplissement de cette tâche.

L'intérêt scientifique de cette étude, est également lié aux objectifs mêmes de la recherche D'après Omar Aktouf (2014) affirme que l'intérêt de la science et des travaux scientifiques c'est de détecter les problèmes quel que soit leur nature et d'en apporter les clarifications et les réponses afin de faciliter la vie des hommes sur la terre.

Toute recherche peut être définie comme une contribution à la solution d'un problème réel et participe soit à la construction de connaissances nouvelles, soit à l'approfondissement d'une connaissance établie. Elle s'inscrit dans un cadre théorique et implique une démarche d'observation exploratoire, contribuant à l'avancement de la science. L'on constate cependant que la plupart des travaux d'intérêts scientifiques recensés en ce qui concerne le

travail sur la stratégie de prise en charge n'aborder pas toujours dans notre contexte, les aspects liés aux rôles des politiques publiques dans les démarches d'encadrement des jeunes.

Sur le plan académique, notre formation revêt un caractère professionnel et la fin doit être sanctionnée par la rédaction d'un mémoire de fin de formation. La rédaction de mémoire s'impose pour l'obtention du diplôme de Master. Ce travail est pour nous l'occasion d'approfondir les théories acquises sur l'addiction liée aux substances psychoactives et la stratégie de prise en charge et pourra servir d'inspiration à d'autres chercheurs qui traiteront de ce sujet sous d'autres dimensions et éventuellement nous compléter pour une meilleure évolution scientifique.

Sur le plan social, à travers cette étude il y aura une découverte de l'interaction entre la détresse, la psychologie et remédiation, sensibiliser la population, les adolescents sur les méfaits de l'usage des substances psychoactives. Nous convenons avec Manjauze (1999), que ce que qu'un toxicomane recherche dans une drogue spécifique nous fournit des indications quant à la nature du manque que le toxicomane veut combler. En outre, nous présenterons aussi l'interaction entre la perception et la représentation qu'en a le monde sur ce phénomène, nous allons présenter à travers cette étude les préjugés, les stéréotypes qui empêchent la résolution de ce problème

1.7. Limites de l'étude

Cette étude porte sur la détresse psychologique et remédiation à l'addiction aux substances chez les adolescents qui selon l'OMS, sont des personnes se situant dans la tranche d'âge allant de 10 à 20 ans. Nous connaissons également que l'adolescence est caractérisée par le désir de d'expérience, le désir de découverte, le risques, la recherche de la sensation forte et le besoin de satisfaction. Ici, nous délimiterons notre étude au triple plan : thématique, spécial et géographique et chronologique.

1.7.1. Limite thématique

Au plan thématique, nous menons une recherche en éducation spécialisée plus précisément en handicap mental. Les études récentes dans cette sphère scientifique ont le plus porté sur la prise en charge psychosociale, la sensibilisation, la prévention, les rapports entre la détresse psychologique et la remédiation a l'addiction aux substances psychoactives.

1.7.2. Limite spatiale et géographique

Au plan géographique, cette étude se mènera au Cameroun plus précisément à l'hôpital Jamot au quartier Mbala II dans le premier arrondissement de la ville de Yaoundé.

1.7.3. Limite chronologique

Sur le plan chronologique nous signalons que cette recherche sera menée en deux parties. La partie théorique et le terrain. Pour ce qui concerne la partie théorique, nous allons accorder plus de temps qu'à la partie du terrain.

1.8. Définitions des concepts clés de l'étude

Cette partie est consacrée aux définitions des mots et concepts clés de l'étude.

1.8.1. Addiction

Le mot addiction de la racine latine « ad-dicere » qui signifie « dire à » aux nages, signifiait qu'une personne qui ne pouvait rembourser sa dette, recevait une ordonnance du tribunal l'obligeait à payer son créancier par son travail. Cela exprima alors une appartenance en termes d'esclavage. Pour Bergeret (1982), il s'agit de considérer à la suite de quelle carence affective le sujet dépendant est amené à payer, par son corps, les engagements non tenus et contracté par ailleurs. L'addiction est un processus dans lequel est réalisé un comportement qui avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur. Selon Collin (2002), l'addiction se caractérise par de compulsion à s'engager dans de comportement qui ont des effets dangereux et par l'envahissement obsédant qui accompagne ces conduites.

Le petit Larousse multimédia 2010, définit l'addiction comme étant « une conduite qui repose sur une envie répétée et répressible en début de la motivation et des efforts du sujet pour se soustraire », l'addiction est une relation de déplacement plus ou moins alternante pour un individu, caractérise par le désir de consommer alors que l'individu a décidé de s'abstenir. Dans le terme d'addiction, on retrouve la notion perte de contrôle du désir quel que soit son objet. Selon l'OMS, (1995) l'addiction est un état de dépendance périodique ou chronique des substances ou des comportements.

Goodman (1990), définit l'addiction comme « comme un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour 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 de conséquences négatives ». L'auteur propose une définition conforme aux critères au Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM4) :

- 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 la durée
- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement

Présence au moins cinq des critères suivants :

- Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
- Intensité et durées des périodes 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 lorsque le sujet doit remplir 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.

Selon DMS5 (2013), l'addiction est « un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liée à la substance ». Elle commence à chaque fois qu'un aléa de la vie appelé traumatisme secondaire, vient menacer le Moi du sujet et mettre en péril ses mécanismes de défense.

Du point de vue psychiatrique, selon Cassandre Landel (2007.P.7), l'addiction est un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit des conséquences.

Dans cette étude, nous entendons par addiction « un acte symptôme » qui « dévoile » une carence dans l'élaboration psychique et un défaut de symbolisation lesquels sont compensés par un agir de qualité compulsive visant ainsi à réduire par le chemin par le plus

court la douleur psychique » (Dougall, 1978, P,162). En d'autres termes, il s'agit d'une explosion dans le corps ayant la fonction d'une décharge court-circuitant le travail psychique. Incapable de contenir et d'élaborer psychiquement ce qu'il éprouve, le toxicomane utilise ses actes comme langage. L'addiction est donc un processus par lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur.

Dans ce travail nous pouvons considérer l'addiction comme une spécifiée par une phobie de penser qui s'exprime dans l'intolérance absolue à la frustration et o la douleur psychique non élaborée selon Sztulman (2010).

1.8.2. Adolescent

Etymologiquement, le terme adolescent vient du latin « adolescens » qui signifie une personne dans l'adolescence (Larousse 2011).

L'OMS (2014), considère que l'adolescence est une période de croissance et de développement humain qui se situe entre enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10-19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changement.

Tsala Tsala (2002), précise que « l'adolescence est communément considérée comme 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 du statut d'adulte vers lequel il s'achemine »

Selon Ginott (2015), l'adolescence est une traversée rythmée par les transformations physique, psychique et neurologiques qui n'épargnent aucun jeune. Rapides changements risquent de brouiller les pistes. L'adolescent, qui ressemble de plus en plus l'adulte qui fait croire qu'il a de moins en moins besoin de son aide n'est en fait pas totalement prêt pour l'indépendance. Il a plus que jamais besoin d'un guide pour l'encourager, l'autoriser, lui enseigner, le sécuriser et parfois le contrôler.

Marty (2010), quant à lui définit l'adolescence comme un temps de rupture qui entraîne parfois des cassures dans l'histoire d'un sujet. C'est aussi une période qui s'appuie profondément sur les acquis antérieurs, qui s'ancrent dans les expressions de relations, les émotions partagées, qui se sont nouées pendant la petite enfance et l'enfance.

L'adolescence dans cette étude est une période privilégiée de quêtes d'expérimentation nouvelles propices à l'adoption de comportements à risque donc l'addiction aux stupéfiants ceci quels que les contextes socioculturels.

1.8.3. Détresse

Le dictionnaire attachement et neuroscience affective intitulé Trousse de voyage au cœur de l'attachement (2016), définit la détresse comme une menace ressentie ou perçue peut venir de l'intérieur : faim, froid, douleur, maladie, inconfort. Elle peut aussi venir de l'extérieur : refus ou découragement de l'intimité par la maman-le papa, absence de la fatigue d'attachement ou son départ, stimulation excessive ou insuffisante, frustration, bruit, présence d'un objet ou d'une personne inconnue, cris pour faire cesser de pleurer, faire des gros yeux, lever le ton, le laisser pleurer dans le noir pour « qu'il apprenne à dormir », gestes brusques et différentes corrections physiques, isoler quand il manifeste de la colère ou de la peine, séparation à la naissance, prématurité, hospitalisation, expériences effrayantes.

1.8.4. Détresse psychologique

Selon Hardy & al (2003) la détresse psychologique est un état mental pénible principalement caractérisé par la dépression et l'anxiété. De façon générale, les chercheurs reconnaissent à la détresse psychologique trois (3) caractéristiques à savoir :

- ◆ La tristesse : une émotion désagréable et douloureuse « Être au bord des larmes » ;
- ◆ La dévalorisation de soi : une remise en question de sa propre valeur, une autodépréciation de ses qualités et capacités et une perte d'estime de soi ; Se sentir comme si l'on était « moins que rien », comme si l'on était « bon à rien » ;
- ◆ L'anxiété : des inquiétudes et des craintes face à ce que réserve l'avenir ; Sans cesse « craindre le pire ».

1.8.5. Substance psychoactive

Il est essentiel d'aborder la notion de substance psychoactive selon World Health Organisation (2004), une substance psychoactive est une substance qui possède la capacité de changer la conscience, l'humeur ou le processus de pensée.

Renter & pardo (2017), définit de manière conceptuellement claire. En effet, selon le projet de loi sur les substances psychoactive, une substance psychoactive « affecte la fonction mentale ou l'état émotionnel d'une personne en stimulant ou en déprimant le système nerveux central ».

The advisory council on the Misue of Drugs (ACMD) a donc décidé de définir une substance psychoactive comme : « tout composé capable de produire une réponse pharmacologique sur le système nerveux central ou qui produit une réponse chimique in vitro-identique ou pharmacologique similaires à des substances contrôlées en vertu de la loi de 1971 sur l'abus de drogues ».

Sur le plan médical, l'usage des substances répond à des besoins telque se soigner, prendre du plaisir ou expérimenter des états modifiés de conscience (Eschotado, 1995 Rosenzweig, 2008 cités par Eurotox, 2017). Lorsqu'une personne expérimente positivement l'usage d'une substance, elle est en mesure de réintégrer cette expérience. Dès lors elle peut entrer dans de mode de consommation appelé récréatif, ponctuel ou régulier (Curotrox 2017).

Selon World Health Organisation ((2004), une substance psychoactive est une « substance qui possède la capacité de changer la conscience, l'humeur ou les processus de pensées d'une personne ». Selon l'Organisation Mondiale de la santé « une substance psychoactive s'étend d'une substance qui, lorsqu'elle est intégrée ou administrée altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives.

1.8.6. La remédiation

La remédiation est un processus d'aide à une personne en difficulté d'adaptation. CRéhab'S (2020) indique qu'une remédiation est un entrainement qui consiste à démunie ou compenser les difficultés cognitives d'une personne à l'aide d'un bilan neuropsychologique. Elle est centrée sur la personne elle-même en se basant sur ses ressources, ses capacités préservées, et ses compétences.

La remédiation selon le dictionnaire Hachette 2015 comme « Programme éducatif visant à l'évaluation et à la remise à niveau d'élèves en difficultés ».

Dans le chapitre dernier il était question de presenter brievement la problematique de l'étude : premierment le contexte de l'étude, la justification et l'objet de l'étude. Deuxiement la formulation et position du probleme ou il était de question de presenter le constat empirique, le constat theorique et le probleme specifique de l'étude, en suite la question de recherche et hypothese generale de l'étude ou nous avons presenter la question principale, les questions specifiques de recherche, l'hypothese generale de l'étude et les hypothese specifiques .Troisiement les objectifs et but de l'étude, pour cette section nous avons presenter l'objectif principal,les objectifs specifiques et le but de l'étude. En fin l'interet et pertinence de l'étude ou nous avons presenter la limite thematique, la limite spaciale et géographique, la limite chronologique et les definitions des concepts clés de l'étude. Alors le prochain sera consacré exclusivement sur la revue de la littérature.

CHAPITRE 2 LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Il est nécessaire de faire une revue des écrits. L'objectif de ce chapitre est de se référer aux travaux réalisés dans d'autres contextes en relation avec notre sujet de recherche aussi, la revue de la littérature plus précisément appelée revue de la documentation scientifique consiste à « consulter de livres, des revues spécialisés et des actes de colloques scientifiques traitant des thèmes abordés dans le projet de recherche » (Nkoum,2015 ; p.46). Selon Fortin, Marie Fabienne et Gagnon,j (2016.p 76), la recension d'écrit « permet de bien définir le problème dans l'ensemble du processus de recherche, mais également pour se faire une idée de ce qu'il a été écrit sur le sujet jusqu'à ». Il nous revient donc dans ce chapitre de présenter de fond de comble le phénomène de l'addiction, les déterminants de la détresse psychologique, la détresse psychologique et consommation des substances psychoactives et l'adolescence.

2.1. Généralités sur les produits addictogènes.

Dans cette partie de notre travail, il sera question pour nous de présenter l'historique du concept de l'addiction, la prévalence des addictions et la typologie des addictions.

2.1.1. Histoire et évolution du concept d'addiction

Dans cette section de notre recherche, nous tenons à faire un bref historique sur le concept d'addiction à partir de moyen-âge.

Le concept d'« addiction a été utilisé en France et en Europe occidentale jusqu'au Moyen-âge dans un contexte juridique : il signifiait l'arrêt d'un juge autorisant un plaignant à disposer à son profit de la personne du débiteur défaillant pour payer sa dette (Sttelen,2003). Au moyen-âge, être addicté signifiait une obligation d'un débiteur qui ne pouvait rembourser sa dette autrement que par le travail. Par la suite, la langue anglaise a désigné par « addiction » la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître, puis elle la rapprocha dans un sens moderne à des passions nourries et moralement répréhensibles. Le mot addiction est totalement intégré dans le langage populaire pour désigner les passions dévorantes et les d'« Habitudes morbides », puis en 1911, Ferenczi définira une catégorie intitulée « manifestations pulsionnelles symptomatiques ».

Au moyen-âge, être adicté signifiait une obligation d'un débiteur qui ne pouvait rembourser sa dette autrement que par son travail.

Par, la suite, la langue anglaise a désigné par « addiction » la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître, puis elle la reprocha dans un sens moderne o des passions nourries et moralement répréhensibles.

Au 19eme siècle, en France comme Allemagne, certains comportements addictifs furent regroupés par le biais d'un dénominateur commun, un suffixe, « isme », « manie », ou « sucht ». C'est ainsi qu'apparait en 1905, le terme de « toxicomanie » issu du grec « toxikon », poison et « mania », folle. En Angleterre, à la même époque apparait le terme de « Drug habits » pour définir ces comportements.

Dès 1890, Freud va regrouper certaines conduites compulsives sous le terme d'« Habitudes Morbides », puis en 1911, Ferenczi définira une catégorie intitulé « Manifestations pulsionnelles Symptomatriques ». Freud fut le premier à utiliser le terme en illustrant un besoin primitif qui fait partie de la condition de tout être humain : l'infan est dépendant de sa mère pour sa survie. C'est de cet état primordial qui aurait mal évolué que dérivèrent les addictions.

En 1932, c'est à Glover que l'on doit le qualificatif d'addiction dans son étude des « drugs addictions ».

En 1945, Ferencel distingue parmi les « névroses impulsives » un 1^{er} type que sont les drugs addictions » (les types les plus nets d'impulsions et le un 2nd type que sont les « addictions Without drugs ».

En 1975, Peele affirme que c'est par une expérience que les sujets deviennent dépendants, expérience soulageant un conflit avec la réalité lié à un sentiment d'incompétence personnelle et sociale donnant ainsi naissance au modèle psychosocial des addictions.

En 2000, Alexander propose qu'une « désorganisation sociale » chez la personne sous-tende et précède de l'addiction. Addiction se rapporte autant à des conduites a risque qu'à la dépendance à des produits. Faire l'histoire de l'addiction, c'est faire l'histoire des produits comme l'alcool, l'opium, le tabac ou le cannabis.

2.1.2. La période des continuateurs du terme d'addiction

Rado fit l'analogie entre orgasme pharmaco génique dans le cas de morphinomanie et l'« orgasme alimentaire » du nourrisson au sein (auquel on peut ajouter l' « orgasme de faim » de l'anorexique). Il existait pour Rado une fixation orgastique alimentaire ayant une fonction psychophysiologique primaire et biochimique qui fait pour lui ce noyau autour duquel étaient regroupés les fantasmes incestueux appartenant d'ailleurs aux théories sexuelles infantiles. Par la suite les psychanalystes psychosomaticiens, Fain et Dougall ont contribué à la connaissance psychosomatique des addictions. A leur suite, Pirlot a tenté de repenser les liens entre comportements addictifs et maladie du corps en prenant en compte l'apport, incontournable, de l'œuvre de Marty (1995). La question du corps est en effet incluse dans l'étymologie du mot addiction.

En France, le terme addiction est venu par la psychanalyste Dougall qui a introduit la première l'usage en 1978 à propos de « sexualité addictive », puis par Bergeret (1980). On peut parler comme le fait Dougall (1982) « d'économie psychique » de l'addiction ». Chez les sujets « esclaves de quantité », la résolution de conflit ne se fait pas de manière symbolique ou psychique mais par et dans l'économie pulsionnelle du corps. Si Dougall préfère au terme de toxicomanie celui d'addiction, c'est :

- D'une part parce qu'un tel concept centre l'approche sur la conduite d'addiction, ses ressorts dynamiques et économiques. Ceci n'exclut pas l'intérêt des choix faits en fonction des problèmes se référant à des étapes du développement libidinal comportant des failles dans l'intégration des objets bienfaisants.
- D'autre part, par ce que ce concept n'implique pas le désir (originel tout au moins) d s'intoxiquer, se faire du mal, du tort. L'objet, addictif est certes ambigu mais il est au départ vécu comme un bon objet, recelant ce qui est bon : amour, plaisir, plaisir, bonheur, voire donnant sens à la vie. Les paradis artificiels sont un refuge, rapide...mais bref contre le déplaisir, la douleur psychique, voire contre le sentiment de mort interne.

Dès l'origine des théories psychanalytiques des addictions, deux points de vue méritaient d'être retenus et approfondis : Ferenczi (1970) cité par Maujauze (2001) avait, pour sa part, compris que ces conduites sont toujours la conséquence, et non la cause, d'un « noyau pathogène » de la personnalité. Fenichel (1945) cité par Maujauze (2001) quant à lui, précisait que les actes impulsifs réintégrés quel que soit leur nature, sont des « tentatives de maîtrise

d'expériences traumatiques par la répétition et la mise en acte », tentatives bien différenciées dans leur mise en scène selon le toxique utilisé. Ferenczi et Fenichel cité par Maujauze (2001) offrent en fait deux axes de recherche :

- Du côté d'une théorie générale des addictions, il y a lieu de préciser les caractéristiques communes de ce « noyau pathogène » qui serait à l'origine de toute toxicomanie. Et là il paraît préférable de cerner les propos en faisant une distinction entre les addictions qui restent extérieures au corps et celles qui y introduisent quelque chose.
- L'hypothèse de Fenichel cité par Maujauze (2001) permet d'espérer retrouver, comme à rebours, dans les effets spécifiques de la drogue recherchée, les composantes de l'expérience « traumatique initiale ». Le toxique, reconnu par le sujet comme adéquat à sa souffrance, serait utilisé respectivement comme activateur d'une faille traumatique précoce et des défenses primitives contre celle-ci

Mais c'est dans les années 1970 que la toxicomanie devient un large fait de société (Mauger, 1984), qu'elle se diffuse de façon plus large et plus rapide et qu'elle fait son retour dans la langue française. C'est Daugall qui est la première à l'employer afin de se démarquer des analyses classiques francophones de la consommation en 1978. En effet, *to be addict to* signifie en anglais « s'adonner à, ceci implique une dimension d'activité et indique un sens différent de celui de ses synonymes français « dépendance » et « habitude » ou encore « assuétude », voire « assujettissement », chacun marqué de passivité et d'abandon (Jacquet et Rigaud 2000 : 13). En outre, Daugall (1982) indique qu'elle utilise le vocable « addiction » pour la plus-value heuristique qu'apporte sa racine latine :

« J'ai choisi le terme anglais d'addiction », plutôt que de son équivalent de « toxicomanie » par ce qu'il est plus parlant du point de vue étymologique. « Addiction » renvoie à l'état d'esclavage, dont à la lutte inégale du sujet avec une partie de lui-même, tandis que la toxicomanie indique un désir de s'empoisonner. Or telle n'est pas la visée originelle du « toxicomane » (Daugall, 1982, p.55).

Dès lors, l'expression se retrouve au début des années 1980 sous la plume de plusieurs psychanalystes français menant des recherches sur l'alcoolisme et ou la toxicomanie, comme Descombey. La lettre post-face qu'adresse Daugall à ce dernier en juillet 1984 est à cet égard très révélatrice des conditions de la mise en circulation du terme d'« addiction » dans cet espace singulier :

« Comme je suis contente de vous utilisiez ce mot ; je l'ai imposé, en quelques sortes, aux collègues il y a environ dix ans, car son sens étymologique est plus riche et plus près la réalité psychique en question que le bon mot français « toxicomanie ». J'ai dû lutter pour que ce mot soit utilisé dans le plaidoyer, mes éditeurs m'ayant fait remarquer que ce mot n'existait pas dans le Robert » (Descombey,1985).

2.1.3. Période des novateurs du concept d'addiction

Le concept général des addictions est théorisé par Goodman en 1990. S'appuyant sur les critères du DSMIII-R portant sur la dépendance aux substances psychoactives et jeux pathologique, et se servant des modèles neurobiologiques et cognitivo-comportemental qui sous-tendent les classifications et les modèles thérapeutiques de référence en psychiatrie, Goodman (1990), propose de donner à la notion « d'addiction » une définition qui soit « scientifiquement utile » et la présente comme « le processus par lequel un comportement pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne est employé de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives » (Goodman, 1990,p.1403). Mais au-delà des considérations sociales, il est possible de répéter dans le processus addictif une « logique de résolution inadéquate d'un problème interne ou externe » (Fernandez et Sztulman, 1998 P.47-67). Pour ceux plusieurs modèles psychologiques rendent compte de l'addiction.

2.2. La prévalence des addictions.

Dans cette section de notre recherche, nous allons dans un premier temps donnés la prévalence des addictions dans le monde, en deuxième position donnés la prévalence des addictions en Amérique du nord (Canada et les Etats-Unis) ; en troisième position l'Amérique centrale, l'Europe et en quatrième position l'Afrique et en fin le Cameroun.

Environ 275 millions de personnes ont fait usage de drogues psychoactives au cours de l'année 2020, un chiffre qui, d'ici 2030, devrait augmenter de 11% dans le monde et de 40 % rien qu'en Afrique selon l'OMS (2020) ; en outre, d'après les estimations,36 millions de personnes présentent des troubles liés à l'usage de drogues. Il apparaît donc que la consommation de drogues, les troubles et affections connexes continuent de poser de problèmes de santé publique de très grande envergure. Or, cette charge est dans une large mesure évitable. Selon les dernières estimations de l'OMS, environ 5823000 décès

directement ou indirectement imputables à l'usage de drogues en 2019, dont près de 450000 attribuables aux opioïdes et environ 14000 au cannabis.

Au Canada précisément au Québec, selon les données issues du dernier rapport de l'institut national santé publique du Québec, en 2014-2015, 15,2% des Québécois qui ont consommé du cannabis au courant de la dernière année, un taux qui est en hausse par rapport à celui de 12,2 % recensé en 2008 (INSPQ,2017). Les consommateurs qui rapportent faire du cannabis une fois par semaine ou plusieurs ou plus représentent 32,8 % des usagers. Selon les résultats de l'enquête québécoise sur la santé de la population de l'institut de la statistique du Québec réalisée en 2016,15,8 % des Québécois qui ont consommé du cannabis.

La prévalence de la consommation de cocaïne chez les personnes vivant au Canada de 15 ans et plus était de 2,0% en 2019. Chez les 20 à 26 ans, cette prévalence était de 9,0% en 2019, soit trois fois plus qu'en 2013 (3,3%). Environ 7 % des étudiants postsecondaire (17 à 25 ans) ont déclarés avoir consommé de la cocaïne en 2019 et 2020. Les personnes âgées (65 ans et plus) avaient le plus faible taux de consommation de cocaïne parmi toutes les personnes vivant au Canada (0,2%) en 2019. Une disponibilité accrue de la cocaïne sur le marché des drogues illicite et la poly consommation (exemple : l'usage concomitant de cocaïne et d'opioïdes) contribuant à une hausse de taux de décès liés à la cocaïne au Canada. Après l'alcool, la cocaïne contribue aux couts de justice pénale attribuables aux substances les plus élevés au Canada.

Aux Etats-Unis, l'estimation de l'usage des addictions se fait par groupe d'age,2019-2020. Moyenne pour l'ensemble des Etats-Unis : 12 ans et plus (17,73 %) ;12 ans -17 ans (11,66) ; 12-25 ans (43 ,98%) ; 26 ans et plus (15,76%). Moyenne dans les Etats n'ayant pas légalisé le cannabis 12 ans et plus (16,46%) ; 12-17 ans (11,33%) ; 18-25 ans (34,11%) ; 26 ans et plus (14,28%). Moyenne dans les Etats ayant légalisé le cannabis 12 ans et plus (24,55%) ; 12-17 ans (14,45%) ; 18-25 ans (43,57%) ; 26 ans et plus (22,73%)

En Amérique centrale, le rapport mondial sur les addictions en 2022, la prévalence annuelle de l'usage en cocaïne en Amérique centrale et dans les caraïbes est estimé à 0,96% et à 0,35%, respectivement des personnes âgées de 15 à 65ans. L'Amérique centrale et les caraïbes font partie des sous-régions du monde qui compte la plus forte proportion au monde de personne suivant un traitement pour des troubles liés à l'usage de substances de type de cocaïne.

Par exemple, le bulletin statistique de l'institut costaricien des drogues indique qu'entre janvier et mai 2022, il y'a en quatre fois plus de personnes qui ont commencé un traitement avec séjour dans des institutions non gouvernementales pour des problèmes liés à l'usage de cocaïne et de « crack » que pour des troubles du à l'usage du cannabis. La prévalence annuelle de l'usage d'amphétamines et de stimulant soumis à prescription chez les adultes d'Amérique centrale était estimée à 0,98% en 2020, un pourcentage identique à celui de 2019. Le chiffre de cette prévalence pour les caraïbes n'était pas indiqué dans le rapport mondial sur les drogues 2022.

Depuis une dizaine d'années, il apparaît que l'usage d'« ecstasy », au paravant limité à une population jeune et à un contexte nocturne, se généralise dans plusieurs régions. En 2020, la prévalence annuelle de l'usage d'« ecstasy » ; la plus faible qui soit enregistrée pour un stimulant placé sous-contrôle, était estimée à 0,17% en Amérique centrale et à 0,23% dans les caraïbes.

En Afrique, plus de 12% de la population comprise entre 15 et 25 ans sont des consommateurs de cannabis. Plus alarmant encore, le taux de consommation chez les jeunes dans le pays tels que Ghana et la Sierra Léonice est le plus élevé, soit plus de 20% (Office des Nations Unies contre les drogues et le crime « ONUDC », 2014). Selon les estimations de chiffres qui font de l'Afrique une cible pour les trafiquants de drogues qui y voient un gigantesque marché pour les clients potentiels.

Selon Owono (2006), la consommation des drogues est un réel problème de société au Cameroun. De façon générale, d'après les chiffres du Comité National de lutte contre les drogues « CNLD », il touche davantage le milieu jeune ou 60% a déjà consommé toutes catégories de drogues confondues. 25% de camerounais ont déjà consommé une drogue dure.

Cependant, les statistiques du Ministère de la santé publique (2018), sont suffisamment évocatrices. Celle-ci indiquent que, indépendamment de leur lieu de résidence, 60% des jeunes de 20 à 25 ans ont consommé de la drogue, quel soit licite (alcool, tabac) ou illicite (cannabis, tramadole) non autorisée, diazépine, benziadephine, cocaïne...).

Au début de l'année 2000, Ndembiyembe (2018), avait fait le constat que 60% des drogués étaient des enfants de la tranche d'âge de 17 à 20 ans. En croire Maïna (2018), « 12 millions de jeunes salariés, âgés de 13 à 15 ans, consomment du cannabis, qui est la drogue dure la plus consommé par la jeunesse devant les tramodoles ».

Le phénomène d'addiction aux drogues s'observe aussi dans les hôpitaux de Yaoundé, plus précisément à la clinique psychiatrique de l'hôpital Jamot ou l'étude réalisée par Mbassa & al (2012), a montré que sur 108 patients usagers de drogue problématique, 75% d'entre eux étaient de moins de 30 ans. Aujourd'hui, il existe des structures s'occupant de la toxicomanie à l'instar de la CNLD mise en place en 1992 par le gouvernement, afin de coordonner le problème de consommation de drogue. Le gouvernement à encourager et soutient également les associations de lutte contre la toxicomanie, qui était fléau qui n'affecte à la fois l'individu et son entourage. Ce fléau interpelle toute recherche et en particulier celui spécialisée en Handicap mental. En effet, la consommation de drogue chez les adolescents affecte son fonctionnement psychique. Elle induit une souffrance psychique chez les adolescents consommateurs et son entourage, par conséquent, perturber l'homéostasie de sa famille et créé en corolaire une souffrance psychologique chez ses parents.

Selon les derniers chiffres du Ministère de la santé publique 60% des adolescents consomment de la drogue au Cameroun. Ces adolescents ancrés dans la consommation des drogues appartiennent aux familles au sein du quel existe des dysfonctionnements. Ces dysfonctionnements sont relatifs à la crise économique des année 90, à l'avènement des nouvelles églises. Aux violences conjugales et conflits intrafamiliaux parfois même aux accusations de sorcellerie. Dans ce contexte les enfants répondent parfois à cette perturbation par de troubles de comportement. Parmi les quels la consommation des drogues. Face à cette consommation, les parents désespèrent, ont parfois de réaction diverse : ils sont parfois disqualifiés dans leurs inquiétudes.

2.2.1. Typologie des addictions.

Tout d'abord, le terme d'addiction est d'étymologie latine : « ad-dicere » - « dire à » dans le sens d'attribuer quelqu'un à quelqu'un d'autre en esclavage. « Addico », comme verbe, signifie adjuger à la personne au débiteur au 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 une pratique, ou, partisane de conduites bien définies. Au Moyen Âge, être addicté signifiait une obligation d'un débiteur qui ne pouvait rembourser sa dette autrement que par son travail. Par la suite, la langue anglaise a désigné par « addiction » la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître, puis elle la rapprocha dans un sens moderne à des passions nourries et moralement répréhensibles.

De ce fait, le psychologue anglais Aviel Goodman définit l'addiction comme un comportement qui a pour fonction de procurer du plaisir ou de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle, en dépit de ses conséquences négatives. Mais selon (Raynaud,2016) l'addiction peut être définie comme « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter un malaise interne » et « la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».

L'Alcool : depuis de nombreuses années, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recueille des données sur le nombre des personnes qui boivent et celles d'entre elles qui développent des troubles de consommation d'alcool (y compris la dépendance à l'alcool). Un peu plus du tiers de la population adulte mondiale sont des consommateurs d'alcool. Il existe cependant d'importantes variations entre les régions en raison notamment de l'interdiction religieuse de boire de l'alcool dans de nombreux pays. Environ 42% des Africains boivent de l'alcool, ce qui signifie que la plupart d'entre eux s'abstiennent à vie ou sont d'anciens buveurs.

La majorité des buveurs distillent fabriqué localement. On enregistre néanmoins une augmentation de la consommation de boisson commerciale occidentale, due probablement à la croissance économique que connaissent un bon nombre de pays.

L'alcool est loin d'être une marchandise ordinaire. La consommation excessive d'alcool est liée à nombreuse maladie, souvent de manière banale, mais aussi à une foule de problèmes sociaux qui touchent l'individu, la famille et la communauté en général. Dans beaucoup de ce cas (par exemple les accidents de la route), les jeunes adultes sont les auteurs, mais aussi les victimes. Si l'on tient en compte maintenant du genre dans la prévalence de la consommation, les hommes sont plus touchés que les femmes.

L'alcool est différent des autres substances addictives. Non seulement par ce que c'est une drogue licite, mais aussi parce que peu de pays africain ont des politiques nationales visant à réduire le niveau de consommation et prévenir les problèmes engendrés par l'alcool, en dépit du fait qu'il est une substance létale pouvant causer de graves torts à la santé. En effet, selon le rapport de l'OMS sur l'alcool et la santé de 2014, seulement 2 des 15 pays membres de la CEDEAO disposent de politiques nationales et /ou de plans d'action de lutte contre les problèmes liés à l'alcool. Par exemple, des mesures pour réglementer la commercialisation et la promotion des produits alcooliques chez les jeunes.

Cannabis : parmi les drogues sous contrôle international, le cannabis est de loin la drogue la plus accessible et la plus facile à se procurer en Afrique de l'ouest comme plante, cannabis sativa pousse facilement dans notre climat propice à sa culture.

Il est également une source de revenu illicite pour beaucoup de personnes dans les zones rurales de certains pays. En termes de consommation, l'officier de Nations Unies contre les drogues et les crimes (ONUDC) note que la plus forte prévalence de l'usage récréatif de cette dans le monde est en Afrique occidentale et centrale, où plus de 12 % des adultes entre 15 et 64 ans dans les régions sont des utilisateurs ; ce qui est une prévalence beaucoup plus élevée que la moyenne mondiale de moins de 4%. Ainsi que celle enregistrée dans d'autres parties de l'Afrique. Plus alarmant encore, le taux d'utilisations chez les jeunes dans des pays tels que le Canada et la Corée du Sud est plus élevé soit plus de 20%.

Alors que le monde entier se préparait pour la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le problème mondial de la drogue prévu en Avril 2016, aucune drogue n'a de nos jours autant attiré l'attention que le cannabis. Dans une large mesure, cela est dû à la récente série de légalisations de l'usage personnel de la drogue dans certains pays (par exemple, en Uruguay et dans plusieurs États Américains), et qui semble contredire l'impact négatif sur la santé que beaucoup voient dans la consommation de cannabis. C'est les personnes à la recherche d'un traitement pour les troubles de l'usage de drogue en Afrique de l'ouest, le cannabis reste le principal.

Il est important de noter que l'association observée entre la consommation de cannabis et les troubles mentaux a été rapportée dans de nombreux autres pays en dehors de l'Afrique de l'ouest. Ce qui aujourd'hui n'est toujours pas clair est de savoir si la consommation de cannabis est une cause directe des maladies mentales ou si elle sert de déclencheur chez les personnes qui sont déjà prédisposées à des troubles. Alors que la question sur le lien supposé entre maladie mentale et cannabis subsiste, l'on a de bonne raison d'être préoccupé par les effets du cannabis sur le cerveau en croyance, d'où la nécessité d'effort accru pour prévenir, ou au moins retarder la consommation de cannabis chez les jeunes et les populations les plus vulnérables dans la région et au-delà.

Cocaïne and héroïne : la cocaïne est un, puissant stimulant produit à partir de feuille de coca tandis que l'héroïne est dérivée du pavot à opium et agit comme un analgésique. Alors que le cannabis fait depuis longtemps partie de la chaîne de la drogue illicite en Afrique de l'ouest, la cocaïne et l'héroïne n'ont eu une présence remarquable dans les continents que

depuis le début des années 1980 ; et des années durant, la préoccupation des autorités à leurs sujets n'a porté que sur l'espace trafic.

Les personnes arrêtées pour trafic sont en général des jeunes adultes, recrutés par des « patrons » pour acheminer les substances illicites vers le marché des utilisateurs. Ainsi exposé, et en raison d'autres facteurs, ces jeunes adultes sont souvent impliqués dans les utilisations de ces drogues.

Les données dans la consommation de cocaïne et d'héroïne dans la plupart des pays africains sont rare et proviennent des petits échantillons non représentatifs ; et il est tout aussi rare de recueillir des données sur les conséquences des utilisations de drogue, hormis les témoignages de certains patients dans le centre de traitement.

Aujourd'hui, la prévalence de cocaïne et d'héroïne chez les personnes entre 15 et 64 ans en Afrique de l'ouest est estimée à environ 0,4 % ; un chiffre qui est le double de la prévalence 0,2 pourcent enregistré en 2006. De telle estimation totale peuvent être trompeuse ; car il existe de variation d'un pays à un autre, et surtout au sein de groupes dans différents pays. Par exemple, le résultat de la recherche et stratégie de lutte contre l'injection de drogue récemment enregistré en Afrique. En particulier en Tanzanie et au Kenya, en Afrique de l'Est ; et au Sénégal, en Afrique de l'ouest suite à l'augmentation rapide de la consommation des drogues n'ont pas tant dans la population en générale, mais plutôt au sein de sous-groupe à haut risque.

Tramadol et autres substances contrôlées : le tramadol est puissant analgésique opioïdes souvent utilisé comme analgésique sous prescription médicale. Dans un nombre croissant de pays d'Afrique de l'Ouest, les tramadols et certaines substances opioïdes (par exemple, sirops contre la toux contenant de la codéine) sont devenues des drogues très populaires chez les jeunes. Au Nigeria, l'abus de « enfant de la rue », mais aussi chez les élèves du secondaire et les étudiants. Ceux qui abusent du tramadol ou de la codéine le font parce qu'en quantité suffisante. Ils éprouvent une certaine euphorie. Malheureusement son utilisation peut entraîner une dépendance psychologique et physique dans laquelle les utilisateurs éprouvent des symptômes désagréables quand ils essaient d'arrêter d'en consommer.

Le Tabac : une dynamique de « dénormalisation » en cours.

Parmi les addictions, le tabac occupe une place singulière car, par-delà ses effets psychotropes quasi nuls, il engendre une forte dépendance. À l'image du succès des politiques

de lutte contre le tabagisme dans d'autres pays, notamment en Amérique du Nord (Etats-Unis, Canada) (WHO ,2017) la France enregistre depuis quelques années des évolutions favorables en matière de diminution des consommations de tabac (Beck et al 2019). Cependant, malgré les bons résultats qui se sont confirmés dans la période récente, elle continue d'afficher une prévalence du tabagisme parmi les plus importantes d'Europe occidentale (27 %), notamment parmi les adolescents (25% des fumeurs quotidiens a 17 ans), et les femmes enceintes (25 % des fumeuses déclarées pendant la grossesse).

Elle se singularise encore plus nettement par comparaison avec les Etats-Unis, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande. Pourtant, en matière de tabagisme, avec l'interdiction de cigarette dans les lieux publics (2007-2008), puis de vente aux mineurs (2009), la politique de hausses successives des prix du tabac et l'introduction du paquet neutre (mai 2016), la France a retrouvé le statut de pays précurseur qu'elle avait occupé pendant deux décennies, après les lois dites Veil (9 Juillet 1979) et Evin (10 Janvier 1991).

La mise en œuvre successive de deux programmes pluriannuels d'intervention des pouvoirs publics (programme national de réduction du tabagisme, PNRT, puis programme de lutte contre le tabagisme, PNLT) conforte l'action menée pour atteindre les objections principales, qui sont faire en sorte que la proportion de fumeurs quotidiens s'abaisse en deca de 20 % d'ici dix ans et que les enfants à naître constituent la première génération de non-fumeurs.

Le tabac, dont la nicotine est l'agent psychoactif majeur, est consommé sous différentes formes. La cigarette manufacturée est le produit du tabac le plus consommé en France, loin devant le tabac à rouler et les cigares et cigarillos. Elle contient du tabac séché ainsi que nombreux additifs, comme les agents de saveur et de texture. La chicha (ou narguilé) est consommée avec du « tabamel », dérivé du tabac, chauffé grâce à du charbon et dont la fumée est aspirée au moyen d'un tuyau souffle.

2.2.2. Addiction : une tentative d'auto guérison

Selon Dougall (2004), l'addiction est une tentative d'auto guérison. La personne dépressive peut consommer de l'alcool de même que le tabac comme antidépresseur. Mais en retour, l'alcool va aggraver et chroniciser les symptômes de la dépression. L'addiction peut se définir par deux propositions indissociables :

- Tout ce qui peut entraîner un syndrome de dépendance, à savoir : un produit, un comportement mais aussi une personne ;

- L'envie irrésistible inhérente d'utiliser ou de consommer (dimension impulsive) avec obligation de répétition (dimension compulsive).

Dougall (2004), postule que le but premier de l'acte addictif est de se débarrasser de ses affects (alexithymie). Du fait des défaillances de l'organisation du Moi parce que l'organisation psychique n'est pas à même de lier représentation et affect, le fonctionnement psychique est assailli par des douleurs insoutenables. La prise de substance et/ ou de conduite addictive vient avant tout éviter l'irruption de l'affect : le « briseur de souci » est une sorte de fumée, un analgésique engourdissant les expériences affectives, formant un rempart contre le risque d'écroulement. L'addicté est donc un sujet pris dans un cercle vicieux qui lutte par une menace d'annihilation et qui ressent ce type de dérouleur par ce qu'il se trouve dans l'impossibilité de traiter psychiquement certains phénomènes. Ainsi l'addiction peut être comprise comme un « procédé d'auto guérison » Dougall (1982) ; comme lutte antidépressive.

2.2.3. Addiction : une solution antidépressive

Les études psychanalytiques mettent l'accent sur une carence narcissique qui s'associe à un fond dépressif lié à un défaut d'intériorisation. Freud (1929), a lui-même parlé d'un « briseur de souci » pour expliquer le rôle économique des drogues. A l'adolescence, cette détresse et/ ou dépression est de nature particulière et a un lien avec le processus de développement visant à la séparation d'avec l'objet primaire.

L'addiction en annulant l'absence, cherche avant tout à repousser la représentation de la perte. Cette crainte du vide fait écho à ce que Winnicott (1975), a appelé la crainte de l'effondrement dans le sens où il s'agit d'une expérience de l'ordre de l'impensable, les capacités de représentation et de mentalisation étant mises en échec. L'effondrement dépressif équivaut ici à un effondrement identitaire et renvoie à la détresse infantile. Cliniquement, l'état de détresse précède le mouvement dépressif et survient à chaque fois que l'objet n'apporte pas la satisfaction espérée, le sujet se rendant alors compte de sa dépendance par rapport à l'autre. L'autre est ainsi sollicitée pour remédier à l'effondrement qui s'ensuit (Charbert, 1999).

L'addiction prend donc valeur de lutte contre une perte d'objet qui n'est pas représentable, et qui renvoie à un sentiment de sécurité interne trop fragile pour pouvoir supporter la séparation. L'adolescence en tant que deuxième processus d'individualisation-séparation exige pourtant un deuil des premiers objets d'amour pour permettre une

substitution objectale vers un nouvel objet. L'adolescent pris entre l'appétence pour l'objet et sauvegarde du narcissisme, trouvera dans l'addiction une solution externe pour éviter l'effondrement dépressif, un objet substitutif pour éviter la substitution gelant par-là même le travail de l'adolescence (Dougall,1996). Pour Suissa (2008), devant la somme des contraintes qui dépassent la capacité d'adaptation des individus et de leurs réseaux familiaux et sociaux, les recours aux addictions deviennent pour beaucoup des stratégies de survie et des mécanismes pour garder un certain équilibre psychosocial.

2.2.4. Addiction : une solution analgésique

Dougall (1978), considère l'addiction comme « acte symptôme » qui dévoile une carence dans l'élaboration psychique et un défaut de symbolisation lesquels sont compensés par un agir de qualité compulsive visant à réduire par le chemin le plus court la douleur psychique. En d'autres termes, il s'agit d'une expulsion dans le corps ayant la fonction de décharge court-circuitant le travail psychique. Incapable de contenir et d'élaborer psychiquement ce qu'il éprouve, l'adolescent utilise ses actes comme langage.

Le pouvoir de l'addiction est accru en ce qu'elle est presque une réponse à une souffrance psychique du passé (remontant souvent à l'enfance). Comme tous les symptômes d'ordre psychologique, elle se révèle être une tentative enfantine de se soigner. L'addiction est d'avantage une solution psychosomatique que psychologique à la souffrance psychique.

L'écoute des patients addicts apprend à percevoir leur besoin d'échapper au sentiment de malaise et de souffrance qu'ils ressentent et en même temps celui d'anticiper l'euphorie que pourra leur apporter cet objet de soulagement (Dougall,2004).

L'objet d'addiction est investi de qualités bénéfiques, voire de l'amour : objet de plaisir o savoir à tout moment pour atténuer des états affectifs autrement vécus comme intolérables. En tant que tel, cet objet est perçu, du moins dans un premier temps, comme bon, à l'extérieur, comme ce qui donne sens à la vie (Dougall,2004).

L'économie addictive vise la décharge rapide de toute tension psychique, que sa source soit extérieure ou intérieure. De plus, cette tension n'est pas uniquement fonction d'état affectifs pénibles, il peut s'agir également d'états existants ou agréables. En fait, un appel psychique est transformé dans l'esprit de l'addicté qui le traduit dans un besoin somatique. C'est en cela que la solution addictive devient une solution somato-psychique au stress mental (Dougall,2004).

2.2.6. Addiction : une présence sans absence

L'addiction est surtout une histoire entre un sujet et un objet, un objet qui fait justement défaut au sujet. Pour Marty (2007), la dépendance tente de maintenir l'illusion de la permanence d'un objet perdu et jamais intériorisé. Ainsi l'objet intériorisé en donnant l'illusion de la permanence peut être compris comme refus de l'absence qui renvoie à la crainte du vide.

A l'adolescence, l'objet est recherché mais est aussi vécu comme menaçant. Le sujet va donc être bien en peine de trouver une bonne distance à l'objet, ni trop près (angoisse d'intrusion), ni trop loin (angoisse de séparation). Les bases de l'antagonisme narcissico-objectal développées lors de la relation précoce sont très fortement réactivées à l'adolescence ce qui fait de cette période un « révélateur de la problématique de dépendance » à l'égard des objets externes (Jeammet,1990). Ainsi, les comportements addictifs sont ressentis comme obligatoires au moment où le sujet se trouve seul, étant l'équivalent d'une blessure narcissique qui requiert la solution addictive chez le sujet (Dougall,2001). Supporter l'absence va donc prendre de la lutte pour le sujet dépendant. Ce que le toxicomane recherche dans une drogue spécifiques « nous fournit des indications quant à la nature du manque que le toxicomane veut combler » (Monjauze,1999).

Pour Rest (2001), la consommation des stupéfiants renvoie à la question de mort, à la recherche des limites, à la compréhension des limites du vivant, au frisson ressenti sur le fil de la vie, au gouffre, du vide. L'addiction a pour objet d'accéder à un état de conscience. Elle permet à l'adolescent d'échapper à sa condition de mortel, au principe de réalité, pour un temps aussi court soit-il. Elle confère, au cours d'un instant donné un sentiment de puissance, voire de toute puissance.

2.2.6. Addiction : un passage du transitionnel au transitoire

L'addiction est avant tout une tentative d'auto guérison. En effet, le sujet cherche à créer par l'extérieur un objet transitionnel, reflet d'une figure maternelle sécurisante jamais intériorisée. Seulement il y a méprise sur l'objet, ce n'est pas un objet transitionnel qui sera trouvé mais un objet transitoire qui ne propose que des solutions éphémères qui sont à renouveler continuellement, compulsivement et en quantité croissante car il se situe toujours en dehors (Descombey,2005). Ainsi la conduite addictive désigne une défaillance de l'espace transitionnel. L'objet d'addiction devient un « tenant lieu » de l'objet transitionnel, un recours

à un objet externe par défaut d'un objet interne, un objet que Dougall qualifie de transitoire car jamais introjecté.

A l'adolescence, c'est à une dépendance initiale que le sujet échappe. Une dépendance qui est à la fois angoisse d'intrusion (impossible de relation à l'objet libidinal) et de séparation (impossible de la perte de l'objet primaire). Mais l'addiction a ceci de paradoxal qu'elle substitue une dépendance à une autre, le sujet étant réduit en esclavage.

L'idée centrale est que la quête addictive est la rencontre dans le monde extérieur d'une solution au manque d'introjection d'un environnement maternant. Par rapprochement avec la pathologie psychosomatique, elle écrit : « les objets addictifs (ou « objets transitoires ») ne résolvent que momentanément la tension affective, car ce sont des solutions somatiques et non psychologiques, censées remplacer la fonction maternant primaire manquante » (Dougall,1996).

2.2.7. Addiction : un autoérotisme déssexualisé

En référence au modèle freudien de l'étayage du sexuel sur la satisfaction du besoin et, par-là, à la nécessité séduction originaire par la mère, nombreux auteurs ont cherché à expliquer la prédisposition à l'addiction par un autoérotisme pervers, constitué en impasse par l'inadéquation des attitudes de la mère. Le court-circuit des expériences primaires de satisfaction déterminerait une réduction du désir au besoin (Brusset,2004). La prise en compte du rôle de la mère dans la réalité des expériences de plaisir qu'elle donne à l'enfant a inspiré Bruch (1974) le modèle des effets négatifs sur le développement de l'enfant du don alimentaire comme mode de réponse stéréotypé et automatique à la demande de l'enfant. D'où l'idée du déficit du Learning appelant une réponse rééducative que psychanalytique.

Pour Brusset (2004), il semble qu'il faut prendre en compte le fait que les modifications somatiques provoquées par l'addiction ont des effets sur les sensations corporelles et psychiques et que les processus engagés de la sorte se caractérisent justement par la circularité des causes et des effets entre différents niveaux. Les rapports de force et du sens par l'activité de représentation, ses aléas, ses limites et ses échecs constituent le fil conducteur de l'intelligence métapsychologique des addictions.

La pratique solitaire de la conduite addictive évite la relation à l'autre par un effacement du moi et du surmoi comme l'objet, rendant possible l'expérience de la position d'omnipotence dans l'indifférenciation qui est à l'origine du Moi idéal. Le désir d'être aimé

implique le refoulement ou le clivage de ce qui risquerait, en manifestant la différence, en manifestant la différence, donc l'altérité de l'objet, de faire rupture, de comporter la destruction de l'objet et de soi, de haine, la culpabilité ou la projection paranoïde. La dépendance addictive a pour contexte une dépendance affective insupportable inévitable par incapacité non seulement d'être seul mais aussi de refuser, de dire non, de prendre la parole en son nom propre (Brusset,2004).

2.3. Psychopathogénie de l'addiction

Selon Sttelen (2003), la psychogénèse des addictions apparaît comme la résultante de traumatismes archaïques précoces vécu corporelle avant l'acquisition du langage et de la capacité de symboliser. Il y a une incapacité à utiliser les mots pour communiquer et exprimer les souffrances et angoisses communes aux humains. Ces traumatismes peuvent être aussi in utero ou transmis transgénérationnellement. Tout se passe comme si les difficultés à mentalisés et à représenter se déplacent vers un accompagnement substantif ou médiateur de parole. Les addictions peuvent apparaître à tout âge, lorsque les mécanismes de protections, les étayages, s'affaissent ou s'effondrent. C'est le deuxième temps du traumatisme ou l'élément déclenchant. Les addictions ont pour fonction de préserver la survie psychique du sujet et il convient de penser le lien de l'objet d'addiction ayant envisagé la séparation.

Hachet (1999), recherche dans l'histoire des toxicomanes un traumatisme lié à une expérience réelle mais incommunicable. Brochen & Gernez (1997), insistent sur le défaut d'élaboration de la blessure qui s'exprime à travers entre autres les toxicomanies. Thomas (1997), met en lumière l'incidence du traumatisme sexuel dans la genèse des toxicomanies féminines, et Péliissier & Lambin (1993), insistent sur les interactions entre traumatismes et angoisses de séparation. Ricœur (1994), propose de situer la souffrance de la toxicomanie sur deux axes orthogonaux :

-l'altération du rapport à autrui

La souffrance engage alors l'expérience de l'insubstituable : « autre que tout autre, le souffrant est unique », sa dimension d'éprouvé n'est pas partageable, elle renvoie l'individu à lui-même. Cela induit l'idée que l'on ne peut être compris de quiconque, et tout effort en ce sens est vain. Il arrive que l'on glisse vers un sentiment d'hostilité : non seulement l'autre ne peut rien pour moi, mais l'autre est mon ennemi, celui qui me fait souffrir. Peut advenir l'idée que l'on est élu pour souffrir, la marque d'un destin auquel on se sent résigner.

-la diminution de la puissance d'agir

C'est l'impuissance à dire, même si je le voulais, je ne trouve pas les mots, et tout ce que je peux articuler est une plainte, un appel (Ouhayoum, 1995, Vindreau 1995, Fargas 1996).

L'impuissance à faire : c'est l'écart entre le vouloir et le pouvoir, avec pour conséquence que si l'on n'est plus jamais en position d'avoir du pouvoir sur...on se trouve dans la seule position d'avoir au pouvoir, à la merci de.... « Souffrir c'est se sentir victime de ». La souffrance du toxicomane peut être référée au fait d'avoir perdu le contrôle de sa propre volonté, de son propre vouloir (Auriacombe, 1994).

L'impuissance à s'estimer soi-même, de la culpabilité à la honte, de la névrose à la mélancolie, avec en perspective le « terrifiant visage d'une souffrance qu'on inflige à soi-même u niveau de son propre estime ». La faiblesse de l'estime de soi est évoquée pour expliquer certaines rechutes (Gil Rivas, 1996).

2.3.1. Les bouleversements pubertaires à l'adolescence

Selon Rosaire & al (2009), les bouleversements pubertaires de l'adolescence obligent les adolescents à reconstituer une image de leurs corps dans toutes ses dimensions (physique, libidinale, et symbolique) leur permettant d'assumer leurs propre pensées, désirs et actions. L'abandon du statut de l'enfance (et ses sentiments de toute puissance et de complétude imaginaire qui la caractérisent) à un moment où se conflictualisent les liens de dépendance, représente une période charnière pour l'adolescent, et nécessite l'acquisition préalable d'un bon équilibre narcissique. On comprend bien que les adolescents démunis narcissiquement, qui abordent cette période dans une dépendance à leur entourage le plus proche, soient rapidement confrontés à une véritable impasse, écartelés qu'ils sont entre leurs légitimes revendications d'autonomie et leur besoin vital de ceux dont ils cherchent, pendant le même temps, à se séparer : c'est ce que Jeammet (1997), a décrit sous le terme d'antagonisme narcissico-objectal, pour désigner le fait que les besoins relationnels viennent menacer l'intégrité du sentiment d'exister et des limites propres.

La rencontre avec l'objet de l'addiction paraît être pour le sujet une solution de dégagement d'un processus impossible pour lui. Le recours au comportement et aux limites du corps devient pour les adolescents une façon aussi de contrer l'angoisse insupportable de l'impermanence du lien (la drogue est ainsi un objet toujours satisfaisant et sécurisant). C'est

dans cette mesure que la solution addictive peut être restituée comme une tentative paradoxale de survie psychique, un compromis acrobatique entre revendication d'autonomie et nécessité de l'esclave de la dépendance, au prix d'un déni du vécu de celle-ci (Jeammet,1997). On peut parler d'auto-traitement de substitution d'une dépendance inélaborable à l'entourage proche.

2.3.2. Spécificité de l'addiction à la drogue à l'adolescence

A l'adolescence, l'usage s'implique de stupéfiants résulte principalement de la tendance à explorer l'environnement et son propre corps avec ses pairs. C'est sans surprise que la consommation de drogue, au moins aux stades précédant l'addiction, se déroule généralement dans un contexte groupal et implique un certain degré de ritualisme social, deux éléments qui jouent un rôle majeur dans la lutte contre l'anxiété et la détresse (Johnson, 1999). En outre, les produits toxiques peuvent être recherchés plus directement pour des effets qui interfèrent avec des processus primordiaux dans le cheminement des affects, aménagement des processus de mentalisation.

Dans le cas de l'habitus toxique, l'incertitude sur le plan social et la quête anxieuse de relation sexuelles et affectives tend à disparaître pour être remplacées par des comportements conventionnels et ritualisés, en aboutissant à une satisfaction obligatoire. Ainsi, face à la pression d'une pulsion sexuelle en plein essor à la nécessité de nouer de relations sociales, des personnalités vulnérables se sentant incapables de résister aux possibles aléas de la vie de relation s'engagent parfois dans la consommation répétée de toxiques. Ils évitent ainsi de faire face aux effets de la séparation, de la déception, de la dépendance, de l'indifférence, de la falsification des affects et autres épreuves communes, et généralement surmontées à cette période de la vie. Au moins pendant un certain temps, une cohérence du self est entretenue avec le soutien d'un produit et du groupe qui le consomme.

Pour Krystal (1992), la toxicomanie contrairement à l'usage simple de la drogue, suppose l'avidité et la dépendance. Elle a été associée à l'existence de carence affectives précoces (Johnson,1999), à une incapacité préalable et entretenue par le produit à tolérer les affects, à réguler l'estime de soi et les relations avec autrui. L'usage de drogue favorise une relation au corps court-circuitant les processus de symbolisation, et nuisant ainsi à la création d'un espace intermédiaire entre agir et pensée, qui participe autour de l'adolescence à l'intégration de la pensée libidinale (Krystal,1990).

2.3.3. Adolescent addicté

Le commun entre la toxicomanie et l'adolescence renvoie à l'angoisse de séparation, la question de dépendance et d'automatisation centrale chez les adolescents peuvent être générateurs de troubles psychiatriques induits d'autant plus fréquents ou spectaculaires que c'est l'âge ou sont volontiers expérimentées des substances dyspeptiques et dissociatives (Delile & 2006). La consommation régulière de drogue n'intervient pas de façon isolée chez un adolescent bien portant dans un milieu familial stable et sécurisant (Dolto, 1999). Les adolescents consomment de la drogue pour fuir une réalité interne, jugé comme trop contraignante et adverse, par le biais d'un usage compulsif, d'allure dépressive incrustée dans (une fausse) attitude de « laissez-faire » à l'égard de ses investissements objectaux, notamment scolaires (Bergeret,1999).

Les adolescents victimes de l'addiction sont tous engagés dans une lutte contre les dépendances universelles propres à l'humain, y compris l'illusion de redécouvrir le paradis perdu à l'enfance, la liberté, l'absence de toute responsabilité et de la notion de temps. Quelques-uns cependant acceptent de reconnaître qu'ils n'ont pas pu exprimer leurs terreurs primitives ou qu'ils ont refoulées en raison de fantasmes prégénitaux violents, en refusant ainsi l'essentiel des relations humaines. Ces adolescents craignent parfois d'être désintégrés par une relation amoureuse dans laquelle l'amour est assimilé à la mort. S'efforcer pour trouver les mots pour communiquer et élaborer ces sentiments est une expérience inaugurale pour tout individu (Dougall,2004).

Chez l'adolescent, l'effet de consommation de produit est mis à profit pour faire face à des agressions externes ou internes. En effet, le système de récompense est en cause de toutes les conduites addictives et en serait le dénominateur commun. Il serait activé lorsque le sujet se trouve d'une situation agréable. Mais lorsque ce système est activé de façon artificielle, le sujet ne ressentirait plus le besoin de s'orienter vers des activités agréables, sociales ou personnelles. Toute son énergie irait dans la consommation du produit (Phan ; Bastard-Dagher,2004). Les risques de surdosage deviennent importants, surtout quand il y a mélange détonnant pour retrouver le paradis perdu. La quête se parsème de dangers : obnubilation, étant comateux, pauses respiratoires, troubles du comportement. Le ravitaillement en doses nécessaires devient lui aussi problématique.

D'après Freud version (1971) cité par Sueur (2004), toutes les psychothérapies de drogués mettent en évidence que c'est la conjonction d'un existentiel et conjoncturel

particulier, et d'une sorte de « prédisposition », ou de capacité économique psychique, qui produit le comportement addictif, en tant que comportement défensif, une sorte de mécanisme de défense prothétique, la drogue constituant ce « briseur de soucis » ou cet « échaudage de secours ».

Fenichel (1945) cité par Andrade (2009), décrit l'individu toxicomane comme une personne pour qui la drogue a une signification subtile. De plus, le choix de la drogue serait de l'ordre du préterminé, car les personnes qui deviendront toxicomanes sont celles pour qui l'effet de la drogue a une signification spécifiques : « l'accomplissement ou, du moins l'espoir d'accomplissement d'un profond désir inconscient ressenti comme un besoin interne ». La compréhension clinique contemporaine des pathologies de la toxicomanie souligne l'absence, chez la personne de possibilité de médiation psychique entre l'angoisse signal et décharge, par le parcours à une substance anesthésique de cette angoisse.

Pour étayer, Dougall (2004), affirme que dans les conduites addictives, il y aurait une défaillance de l'étayage maternel ne permettant pas à l'enfant d'élaborer les processus de séparation. L'objet maternel interne serait vécu comme absent ou incapable de consoler l'enfant perturbé.

Pour Hachet (1996) les enfants ne se droguent pas par plaisir. Les facteurs qui les poussent à le faire sont multiples et complexe mais ils signent tous son mal être, son mal de vivre. Là où la confiance et l'amour manquent, s'installent la solitude, le désespoir et l'autodestruction. L'attachement aux drogues ou à d'autres substances, témoigne bien souvent, de la difficulté du jeune à étayer un sentiment d'être suffisamment significatives (Duchateau, 2016). Les mineurs semblent de rupture indispensable avec le quotidien.

Bergere pointe la présence de la dévalorisation de soi chez les personnes aux prises avec l'addiction. Il représente un défaut de représentation de l'objet chez ces sujets, qui n'ont du mal à tolérer la frustration et qui pour cela, utilise le comportement addictif comme solution immédiate, en vue d'atteindre le plaisir et surtout pour éviter la souffrance de la frustration. Pour lui finalement, ces personnes font tout pour avoir une relation à l'objet spécifiques, caractéristiques de ce défaut d'intériorisation de l'objet. Dans ces conduites, la dimension narcissique prédomine avec la dépendance narcissique à l'égard des objets. La relation ne peut pas s'intérioriser malgré les mécanismes de maîtrise rencontrés dans l'addiction. L'objet d'addiction serait indispensable à la fois pour créer l'excitation mais aussi comme pare-excitation.

Pour Jeammet (2000), « l'objet d'addiction en lui-même peu spécifique, apporte un double colmatage à ces déficiences structurelles ou failles occasionnelles de l'appareil psychique, source de souffrance et de déséquilibre pour le Moi ». Il met l'accent sur le lien entre les troubles et la séparation et la recherche paradoxale d'une dépendance à un objet externe.

Selon Kemmegne (2008), la raison première pour laquelle l'adolescent consomme les substances psychoactives c'est la découverte. C'est-à-dire que c'est enseignement que beaucoup s'initient à la drogue. Il y a beaucoup de cas d'adolescents qui se sentent abandonnés, qui consomment la drogue pour se soulager. D'autres c'est par la curiosité. Quand on est adolescent. On croit qu'on est tout permis, qu'on est immortel. On a envie de franchir toute barrière qu'on a devant soi. Si on arrive à consommer la drogue, cela veut dire qu'on est suffisamment fort. L'adolescent qui consomme les stupéfiants développe une vulnérabilité. Cet adolescent va développer des pathologies telles que des infections pulmonaires, entre autres en raison de la substance consommée. Il est marginal, car la drogue aide à la marginalisation et à l'exclusion sociale, il a des ennuis avec la justice. IL peut du fait de la violence produite se retrouver en prison, la drogue illicite étant étant réprimée au Cameroun.

« Les adolescents qui consomment ressentent une sensation de légère euphorie, de la somnolence et aussi des crises de rires. En revanche si des doses trop fortes sont consommées, ces adolescents peuvent être victimes d'une sensation de léthargie, une perception du temps totalement perturbée et même des difficultés à accomplir des tâches physiques. Il peut apparaître chez ces adolescents la dépendance, les troubles cognitifs, le syndrome motivationnel, les troubles anxieux et personnels » (Kemmegne,2008).

L'addiction se rapporte autant à des conduites à risque qu'à la dépendance à des produits. Faire l'histoire de l'addiction, c'est faire l'histoire des produits comme l'alcool, l'opium, le tabac ou le cannabis.

L'opium a été un objet de commerce pendant des siècles pour ses effets sédatifs. Il était bien connu dans la Grèce Antique sous le nom d'opium « jus de pavot », les médecins avaient déjà dénoncés les abus potentiels. Son usage se poursuivit au Moyen Âge au travers de diverses préparations médicamenteuses dont le laudanum « teinture d'opium ». On l'utilisait aussi comme des « éponges somnifères » que l'on passait sur la zone à inciser ou que

l'on faisait respirer. Pendant la Renaissance, son utilisation dans les techniques antalgiques était très répandue.

Le tabac n'existait pas dans l'Antiquité en Europe. Le tabagisme, lui remonte pourtant à la nuit des temps en Amérique. Les indigènes appelaient cette plante « pétun ». Ce tabac était fumé de façon quotidienne, mais aussi pendant les grandes fêtes religieuses, par les Incas et les Aztèques. Le tabac avait comme vertu de calmer la faim ou de lutter contre la fatigue. En médecine, il était utilisé comme plante médicinale. Le tabac fait son apparition en Europe au 16ème siècle au Portugal.

La culture se répand au travers toute l'Europe et principalement dans les zones portuaires. Les effets du tabac sont décrits comme très bénéfiques ou comme une drogue diabolique. Le tabac a été l'objet d'une des plus grandes études. Le cannabis Originaire d'Himalaya, le cannabis est utilisé depuis des millénaires en Extrême Orient et au Moyen Orient. Le cannabis est extrait du chanvre, qui lui était cultivé pour la fabrication de cordages, de papiers et de tissus alors que sa résine comme médication pour soulager les spasmes, les troubles du sommeil ou la douleur. Le cannabis fut introduit en Europe par les soldats de Bonaparte et par les médecins anglais de retour des Indes qui lui prêtaient des vertus thérapeutiques dans le traitement des migraines, de l'asthme ou de l'épilepsie.

2.3.4. Les déterminants de la détresse psychologiques

En France par exemple, la détresse ne se réduit pas un état de précarité, de misère, de nécessité, elle est aussi une émotion de base appart entière, que l'on peut qualifier de détresse psychologique. Réaction douloureuse à l'absence, nous verrons qu'elle s'exprime dans la phase de protestation de l'attachement mais ne la résume pas. C'est une émotion pivot, à partir de laquelle se fonde le lien entre affectif et social.

Du fait des rapports qu'entretient la peur avec la douleur, cette détresse se love dans les replis de celle-ci au point qu'elle est souvent confondue avec elle. Dans cette confusion entre la peur et la détresse, il y a quelque chose de profondément humain. Nous avons une grande difficulté à nous représenter et à vivre l'absence. Nous sommes avant tout grégaires et avons besoin de la représentation de l'autre. Dans une fulgurante intuition psychologique, Robert Zemeckis, le réalisateur du film seul au monde (2000), l'illustre. Alors que le héros, incarné par Tom Hanks, se trouve après le crash de son avion seul sur une île déserte, il transforme un ballon de volley-ball qui décrivait là en la tête d'un champion qu'il dénomme

Wilson et commence à développer une détresse psychologique par rapport à l'accident qui s'est survenue.

Alors nous comprenons qu'il est plus nature de se représenter la peur et le danger que le vide de l'absence. L'absence résulte d'un mouvement retrait. L'absence n'est pas primaire, elle est toujours précédée d'une représentation à quelques choses qui a été présent. Au cours de la panique, l'absence devient une sorte d'absolu pour lequel il n'y a plus de mot. Le mot peur s'impose et masque l'irreprésentable de l'absence. Alors l'auteur précise que la détresse psychologique peut avoir sa source sur le plan biologique, social et même culturelle.

La détresse se vit dans l'isolement. A travers les pleurs du chagrin, elle est la recherche active d'un réconfort. Elle désorganise la pensée : tout comme la douleur physique, la détresse perturbe l'attention et rend démuni, désarmé. Ce désordre cognitif s'associe à un douloureux sentiment d'impuissance et de perte de maîtrise sur l'extérieur. Ce dernier en devient menacé et est vécu comme intrusif au point que les limites entre individu et son environnement peuvent s'estomper et aboutir à un mouvement de dépersonnalisation ou de déréalisation, bref de perte de sa propre subjectivité. De même sur le plan comportemental, elle peut conduire à une organisation désorganisée.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale est « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2007). En d'autres termes, une bonne santé mentale est un état psychologique agréable qui permet de fonctionner et de surmonter les problèmes, c'est-à-dire assumer ses multiples rôles dans la société (ex. : conjoint, parent, ami, employé). L'OCDE (2012) classe les problèmes de santé mentale en deux grandes catégories : les troubles mentaux qui relèvent de la psychiatrie (ex. : schizophrénie, troubles psychotiques, troubles bipolaires) et la détresse psychologique.

Cette recherche porte uniquement sur cette seconde catégorie.

La détresse psychologique est un état mental pénible principalement caractérisé par la dépression et l'anxiété (Hardy, Woods et Wall, 2003 ; Ilfeld, 1976 ; Massé, 2000, Ridner, 2004). De façon générale, les chercheurs reconnaissent à la détresse psychologique cinq (5) caractéristiques :

- ◆ La tristesse : une émotion désagréable et douloureuse « Être au bord des larmes » ;
- ◆ L'irritabilité : une sensibilité accrue et de vives réactions aux éléments de l'environnement « Avoir les nerfs à fleur de peau » ;
- ◆ Le découragement : une fatigue démesurée, un sentiment de désespoir et d'impuissance « Tout semble une montagne » ;
- ◆ La dévalorisation de soi : une remise en question de sa propre valeur, une autodépréciation de ses qualités et capacités et une perte d'estime de soi ; Se sentir comme si l'on était « moins que rien », comme si l'on était « bon à rien » ;
- ◆ L'anxiété : des inquiétudes et des craintes face à ce que réserve l'avenir ; Sans cesse « craindre le pire ».

Nous avons trois principaux modèles théoriques qui permettent de mettre en lumière les facteurs de risque du milieu de travail associés à la détresse psychologique : le modèle des exigences et du contrôle (Job demands et al ; 1979) ; le modèle du déséquilibre effort-récompense (Effort-Reward et al ; 1996).

L'insuffisance de ressources Selon le modèle des exigences et du contrôle qu'a développé Karasek (Job demands et al ;1979), les problèmes de santé mentale sont attribuables à l'accumulation de tensions qui proviennent de l'incapacité perçue ou de la crainte de ne pas être en mesure d'effectuer le travail demandé dans le temps accordé. En effet, les employé(e)s doivent s'acquitter d'un certain nombre de tâches et d'un volume de travail plus ou moins élevé, dans un laps de temps prédéterminé. Lorsqu'ils ont peur de ne pas être en mesure de répondre à ces exigences, ils ressentent du stress, un sentiment d'impuissance et de la frustration.

Au fil du temps, ces états de tension engendrent des problèmes de santé mentale. Les problèmes de santé mentale surviennent lorsque ce qui est demandé aux employé(e)s par exemple est supérieur à ce qu'ils sont capables de fournir (ou à ce qu'ils pensent être capables de fournir). Ce faisant, les employé(e)s sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale lorsque les deux conditions suivantes sont réunies : la demande psychologique est excessive. Par exemple, la quantité de travail à effectuer est trop élevée compte tenu du temps accordé (demande quantitative) ; les capacités cognitives requises pour effectuer le travail (ex. concentration prolongée) sont supérieures aux efforts mentaux que sont en mesure de fournir les employé(e)s pendant la période concernée (demande qualitative)) la latitude décisionnelle est insuffisante.

Les employé(e)s se heurtent à des contraintes qui les empêchent d'agir et les rendent impuissants. Par exemple, ils n'ont pas la possibilité de prendre des décisions (autonomie), d'utiliser leurs compétences ou d'en développer de nouvelles, ce qui leur aurait permis de poser des actions de manière à répondre aux exigences du travail.

Un grand nombre d'études soutiennent le modèle de Karasek (1979). Selon les résultats de ces études, les employé(e)s qui présentent un risque supérieur de souffrir de détresse psychologique sont ceux qui occupent un emploi combinant une demande psychologique élevée et une faible latitude décisionnelle (Barnett & al ;1998 ; Bültmann et al. ; 2002 ; Calnan et al ; 2001 ; Chung-Yan et al ; 2010 ; Glazer & Beehr, 2005 ; Huang et al ; 2012 ; Netemeyer, Johnston, & Burton, 1990 ; pour une méta-analyse, voir Stansfeld & Candy, 2006).

Ces résultats confirment que la détresse psychologique découle d'un déséquilibre (réel ou perçu) entre employé(e)s et les ressources dont ils disposent pour s'y conformer (ex. temps, information, compétence, autonomie). Outre la demande quantitative et qualitative, la demande psychologique concerne l'ambiguïté de rôle et le conflit de rôle (Karasek, Brisson, Kawakami et al., 1998). Selon la théorie des rôles (Kahn, Wolfe, Quinn et al., 1964), le manque de clarté des informations reçues concernant les comportements et les résultats attendus (c'est-à-dire ambiguïté de rôle) et l'incompatibilité des comportements qui sont attendus de la part des employé(e)s (c'est-à-dire conflit de rôle) conduisent ces derniers à douter de leur capacité à répondre aux attentes, ce qui est générateur de stress (Kahn et al., 1964).Alors cela pourra nous aider à comprendre le lien qui existe entre la détresse psychologique et l'usage des substances psychoactives dans cette présente étude.

Les études ont d'ailleurs montré que la détresse psychologique est associée à l'ambiguïté et au conflit de rôle (Beehr, 1981 ; Glazer & Beehr, 2005 ; Netemeyer, Johnston & Burton, 1990 ; Schmidt et al., 2012). Bref, une exposition plus ou moins prolongée à l'ambiguïté et au conflit de rôle a pour effet d'accroître les risques de souffrir de détresse psychologique.

Il est largement reconnu qu'une approche de santé publique est essentielle pour lutter contre le problème mondial de la drogue à tous les niveaux dans le cadre d'une approche globale et pluridisciplinaire. On ne saurait à cet égard surestimer le rôle des entités de santé publique et des prestataires de services de santé et de services sociaux.

Pour réaliser des avancées concrètes vers la cible concrète et les autres cibles relatives à la santé au titre des objectifs de développement durable, dans le cadre de son mandat et conformément aux priorités stratégiques énoncées dans le treizième programme général de travail, 2019-2023, l'OMS doit renforcer durablement son action en vue de promouvoir et de soutenir la prévention, l'identification précoce et la prise en charge efficace des troubles liés à l'usage de substances psychoactives ; d'améliorer l'accès aux médicaments sous contrôle ; de réduire le fardeau des maladies infectieuses liées à la drogue et de prévenir les risques associés à la consommation de drogues ; d'effectuer un suivi efficace des conséquences de cet usage sur la santé et des mesures prises au titre des politiques et des programmes de santé publique ; et de promouvoir une approche de santé publique face au problème mondial de la drogue.

2.3.5. La détresse psychologique à l'adolescence

La notion de la détresse psychologique fait référence à un indice général de trouble psychologique regroupant diverses symptomatologies affectives et cognitives comme la détresse, l'anxiété ou l'irritabilité (Ilfed, 1976, 1978). De nombreuses mesures ont été développées au cours des dernières décennies afin d'évaluer le niveau de dépression, de tristesse et de désespoir auprès de la population générale. Certains auteurs ont proposé l'expression « détresse psychologique non spécifique » (Brown, Craig, & Harris, 1985) pour qualifier l'état des personnes présentant un état psychologique perturbé, mais n'offrant pas de correspondance directe avec la nomenclature des troubles mentaux (CIM-10 ; DSM-IV).

Généralement utilisée comme une mesure continue, la détresse psychologique fluctue entre l'absence de symptôme et la présence de manifestation sévères pouvant s'accompagner d'idéations suicidaires ou sérieuses incapacités fonctionnelles (Gold, 1990).

La détresse psychologique se démarque parfois des réactions passagères de tristesse, d'inquiétudes ou de découragement qui marquent l'adolescence normale par son caractère de souffrances récurrentes. Dans ses formes les plus sévères, elle peut entraîner des limitations dans le fonctionnement social et scolaire de certains adolescents (Breton & al 1990).

Cette expression « détresse psychologique » sera retenue pour rapporter les travaux réalisés auprès d'adolescents et qui font appel à de mesure de dépression ou d'anxiété, ou encore les travaux portant sur la présence de « symptômes internalisés », dénomination désormais utilisé dans le domaine de la psychopathologie développementale pour qualifier les

dysfonctionnements sous forme de symptômes de dépression, d'anxiété, de tension ou d'irritabilité.

Un adolescent sur cinq présenterait des difficultés à s'adapter adéquatement au stress engendré par les changements internes et externes propres à l'adolescence (Arnett, 2004 ; Cloutier & Legault, 1991). Une étude épidémiologique menée au Québec confirme ce fait, puisqu'elle établit la prévalence de la détresse psychologique dans la population générale de 18% chez les 12-14 ans (Breton et al., 1991).

De plus il faut préciser que plusieurs études ont identifié le rôle de caractéristiques personnelles telles que le sexe et l'âge sur la présence de la détresse psychologique à l'adolescence. Sur le plan du genre, la prépondérance de l'incidence de détresse psychologique chez les filles est un phénomène internationalement répertorié (Breton & al., 1999, Krenke & Stemmler, 2002). En revanche l'évolution de symptômes de détresse psychologique au cours de l'adolescence ne fait pas consensus. En effet, alors que Gasquet (1994) constate une augmentation de la dépression au cours de la puberté chez les filles et une stabilité relative chez les garçons, Breton et ses collaborateurs (1999) ainsi que Galombos, Barker et Almeida (2003) estiment que globalement le problème d'anxiété et dépression resteraient stables à l'adolescence, et ce, autant chez les garçons que chez les filles.

2.3.6. La détresse psychologique et consommation des substances psychoactives

Notons que Sabrina Pellin (2016), étudiante au doctorat à l'école des sciences de la gestion à l'université de Québec à Montréal (UQAM) a démontré à travers ses résultats que la relation entre la détresse psychologique et la consommation des substances psychoactives est favorable et fini par préciser qu'il y a au total, 33,6% des employés ont consommé au moins un type de psychotrope, soit de médicaments pour aider à dormir (23,3 %) pour réduire l'anxiété et la nervosité (16,4 %) ou pour remonter le moral (16,5%).

Parmi les employés par exemple qui souffrent de détresse psychologique, 44% ont consommé au moins un type de médicament, et ce tous les jours ou quelques fois par semaine (37,5 %) des employés présentant un niveau important de détresse et 63 pour cent de ceux qui présentent un niveau très important de détresse. Ces résultats vont dans le même sens que ceux qu'on obtenus Vézina et ses collègues (EQCOTESST, 2011) : 21,6% des travailleurs et travailleuses dont le niveau de tresse psychologique était important consommaient des psychotropes alors que cette proportion atteignait 50,1% pour les travailleurs et travailleuses qui présentaient de détresse très importante.

-Parmi ces employés qui souffrent de détresse psychologique : près du tiers prennent des médicaments pour les aider à dormir, près du quart prennent des substances pour réduire l'anxiété et la nervosité près du quart consomment des médicaments pour remonter le moral.

Cette étude a mis en évidence un taux de détresse psychologique très préoccupant : 53,4 % des employés de soutien dans les 11 établissements universitaires concernés à la détresse psychologique et ceux derniers trouvent comme solution à leur problème la consommation des substances psychoactives.

Dans le chapitre précédent, il était question de présenter la revue de la littérature dont nous avons présenter premièrement les généralités sur les produits addictogènes, l'histoire et évolution du concept d'addiction, la période des continuateurs du terme d'addiction et la période des novateurs du concept d'addiction ainsi que la prévalence des addictions et deuxièmement la typologie des addictions ou nous avons présenter tout d'abord l'addiction : une tentative d'auto-guérison, l'addiction une solution antidépressive en suite l'addiction : une présence sans absence et en fin l'addiction : un passage du transitionnel ou transitoire et troisièmement la psychopathologie de l'addiction ou nous avons présenter les bouleversements pubertaires à l'adolescence, la spécificité de l'addiction à la drogue à l'adolescence, les déterminants de la détresse psychologique à l'adolescence et la détresse psychologique et consommation des substances psychoactives. Cependant le chapitre prochain portera exclusivement sur l'insertion théorique.

CHAPITRE 3 : L'INSERTION THEORIQUE DE L'ETUDE

Dans les deux chapitres précédents, nous avons largement défini et expliqué les deux variables de notre étude selon les points de vue des auteurs. Dans ce troisième chapitre, nous allons consacrer notre travail sur les théories de notre étude.

La théorie est une proposition ou un ensemble de propositions sur le réel qui n'a pas encore été pris en défaut. Elle est un discours cohérent, une formulation de relation entre phénomènes, s'appuyant sur les faits connus et qu'aucun fait ne contredit. La théorie permet de donner un sens aux observations faites sur le terrain. On se sert d'elle pour faire de déduction non observable. Il faut souligner que la théorie dans une recherche sert non seulement de modèle explicatif du phénomène étudié, mais aussi de fondement quant à l'interprétation des résultats obtenus. La théorie est aussi un ensemble d'idées, de concepts abstraits plus ou moins organisés, de caractère hypothétique et synthétique.

Par théorie explicative, nous entendons un ensemble de propositions cohérentes qui tendent à montrer pourquoi un comportement se produit et entre les réactions entre tel phénomène et telle attitude Fisher (1996). Dans cette section, nous allons présenter premièrement le modèle Trans théorique, ensuite le modèle Biopsychosociale et en fin l'approche humaniste de Carl Goggers de 1950.

3.1- Le Modèle Trans théorique

En guise d'histoire, Prochaska et Norcross ont développé le modèle transtheorique (MTT) afin de comprendre le processus qui permettait à un individu de cesser de fumer (Prochaska et Norcross, 2013). Ce modèle a grandi surtout en psychothérapie. Rapidement, les chercheurs ont utilisé ce modèle afin de comprendre d'autres types de comportements tels que la perte de poids, la nutrition et la pratique d'activité physique. Prochaska a ensuite étudié les processus décrits à des fins de changement et en a découvert plus de 100 (Burkhoder et Nigg, 2002). Un individu en contexte de théorie ou en changement de comportement volontaire utilisait des processus similaires.

Ce modèle considère que si différents facteurs ont une influence sur le passage d'un stade à un autre, les individus devraient mieux réagir aux interventions adaptées aux spécificités du stade auquel ils se trouvent. Ce modèle repose sur l'hypothèse selon laquelle le changement est cyclique et continu, et non pas définitif. Les individus sont susceptibles de

rechuter et de redevenir à un stade antérieur, mais cela ne signifie pas nécessairement qu'il leur faille repartir à zéro. Les sujets sont donc décrits en termes de progression à travers une série de stade comportementaux, parallèlement à d'autres spectes, comme la confiance en soi face au changement ou à l'invariance.

Prochaska et DiClemente présentent les différentes étapes qui interviennent dans l'élaboration, la manifestation et le maintien d'un comportement, mais ils n'expliquent pas objectivement les causes de la chute ou de la rechute des individus. Selon cette théorie, les comportements sont modifiés de manière progressive, et les interventions appropriées varient selon le stade de changement.

Le modèle des « stades du changement » développé par Prochaska et DiClemente (1982 ;1992) suggère que la modification d'un comportement relatif à la santé s'opère à travers cinq stades :la préflexion, la réflexion, la préparation, l'action et la consolidation. C'est un modèle qui vise un changement comportemental. Ce que nous rappelons ici changement-comportemental peut concerner des choses aussi variées que :

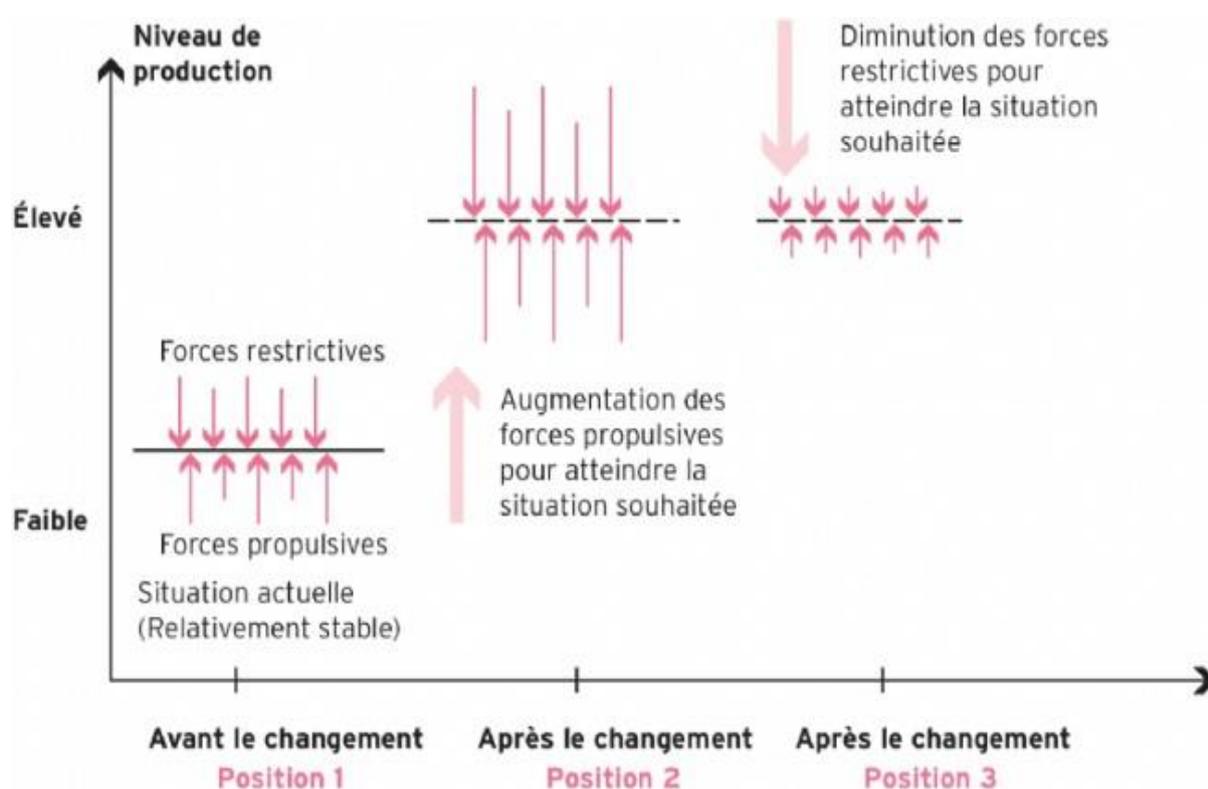
- La décision de s'exposer progressivement à ce qui vous rend radieux.
- L'engagement à prendre soin de vous en vous accordant un moment de plaisir par semaine
- La décision de réduire progressivement votre consommation d'alcool ou tout d'autres substances psychoactives.
- La difficulté de vous mettre à réviser et la procrastination que cela engendre, le fait d'essayer une nouvelle façon de communiquer avec les autres
- La décision de vous mettre en au sport

Pendant le stade de la pré-contemplation, l'individu n'est pas conscient de la nécessité de changer son comportement et il n'a donc pas l'intention de le modifier. En effet, il peut ne pas considérer son comportement comme problématique et être alors résistant à toute suggestion de changement.

Ensuite, lors de l'étape de la contemplation, l'individu commence à réaliser qu'il a un comportement problématique et envisage la possibilité de le changer. Il va alors peser le pour et le contre de l'adoption d'un nouveau comportement. On estime que les individus restent dans ce stade relativement stable en moyenne deux ans malgré leurs intentions. On peut comparer cela avec le modèle de Lewin (1947, cité par Faulx, 2021). Malgré les critiques concernant son Caractère dépassé et inapproprié en raison de sa conception statique et

linéaire (Kanter et al., 1992, cités par Burnes, 2004b), certains auteurs soutiennent que ce modèle conserve sa pertinence actuelle (Burnes, 2004a). Le modèle de Lewin (1947, cité par Faulx, 2021) démontre qu'avant que le changement ne s'effectue, la situation semble relativement stable. En réalité, les forces propulsives, c'est-à-dire les forces qui poussent au changement, et les forces restrictives, c'est-à-dire les forces qui poussent à la stabilité, s'équilibrent. Ces forces sont en permanence en tension. Les forces restrictives font, dans ce cas-ci, référence aux facteurs empêchant le changement et les forces propulsives aux facteurs favorisant le changement.

Figure 1 – Schématisation des forces propulsives et restrictives de Faulx (2021)



La préparation vient alors et représente l'étape au cours de laquelle l'individu a l'intention de changer de comportement. Il se prépare donc mentalement et émotionnellement pour ce changement. Il a généralement un plan d'action et peut commencer à envisager des actions concrètes. Selon Lewin (1947, cité par Faulx, 2021), pour quitter l'état de stabilité dans lequel l'individu se retrouve, il faudra ainsi dégeler le système en libérant les forces qui s'équilibrent. Il existe deux façons de stimuler le changement : en ajoutant des renforcements aux forces propulsives ou en supprimant les freins au changement et donc en supprimant des forces restrictives. Selon Lewin, pour favoriser davantage le changement, il serait plus efficace d'alléger les forces restrictives. En effet, plus on ajoute de forces propulsives et plus

l'équilibre sera tendu et fort, car les forces anti-changement se renforceront également. Au contraire, si on retire des forces restrictives, l'équilibre s'assouplira et on s'épuisera moins. Il est donc plus facile de supprimer des contraintes que de rajouter des forces.

Vient ensuite l'étape de l'action durant laquelle l'individu met en place les actions concrètes pour changer son comportement. Il peut, par exemple, modifier son environnement ou utiliser des techniques comme le renforcement positif pour ainsi faciliter le changement. C'est durant cette étape que les personnes courent le plus grand risque de retomber dans leurs comportements antérieurs, ce qui fait de cette étape-là moins stable du modèle. Selon certains chercheurs, elle constitue l'une des étapes les plus cruciales du processus de changement de comportement car l'individu doit surmonter l'inertie et l'indifférence causées par ses habitudes de vie, ce qui peut constituer la plus grande barrière à surmonter (Sullivan, 1998). Elle peut être mise en lien avec l'étape du dégel et du changement de Lewin (1947, cité par Faulx, 2021).

En effet, durant l'étape du dégel, l'individu ou le groupe abandonne petit à petit ses routines, ses modes de pensées ou ses comportements. Il arrête donc de perpétuer l'équilibre dans lequel il se trouve pour en envisager un autre. Cela implique donc de fragiliser ou de déconstruire l'équilibre initial. Pour favoriser ce dégel, plusieurs conditions doivent être appliquées telles que se rendre compte de ce que l'on fait, se remettre en question, discuter avec d'autres, vivre des expériences qui contredisent le schéma. Le tout est de créer un environnement favorable qui permettra de décristalliser le système et ainsi de favoriser le changement. Pour accompagner ce changement, l'accompagnateur ou le formateur doit tenter, notamment via les discussions, de limiter les résistances.

En effet, la discussion amènera à plus de modifications que le format « conférence ». L'étape de l'action peut également être représentée par l'étape du changement de Lewin (1947, cité par Faulx, 2021), car c'est durant cette étape que les points de vue évoluent et que la perception de la réalité se modifie. Le rôle de l'accompagnateur est alors de supporter le changement tout en garantissant la réversibilité. Cette étape permet l'émergence de nouveaux comportements. Les conditions pour supporter le changement sont de se connecter aux valeurs et aux normes, de communiquer et de partager autour du changement vécu, de rendre la chose agréable, de définir son identité, de procéder par étapes, (Faulx, 2021 ; Hussain et al., 2018).

Par la suite, durant l'étape du maintien, l'individu adopte le nouveau comportement désiré et tente de le maintenir à long terme. Il peut faire face à des défis tels que les rechutes et doit ainsi continuer à renforcer son comportement pour le maintenir. Cette étape se termine lorsque le sujet n'est plus exposé au risque de retomber dans son comportement antérieur. Cela peut être mis en lien avec la dernière étape du modèle de Lewin, à savoir l'étape de la recristallisation. En effet, c'est lors de cette étape qu'un nouvel état d'équilibre fait surface. Des sentiments de confusion et d'incompétence peuvent apparaître car cette nouvelle configuration du système amène à l'inconnu et donc à l'inexpérience.

Le rôle de l'accompagnateur est alors de consolider les nouvelles pratiques pour s'assurer que ce changement devienne permanent mais également de soutenir les individus dans leurs nouveaux rôles et de les aider à réfléchir sur ce qui a été réalisé. Pour ce faire, il peut féliciter l'apprenant, le faire verbaliser sur ce qu'il s'est passé, lui faire reconnaître ce qui a été fait, réviser ses objectifs, (Faulx, 2019 ; Faulx, 2021).

Enfin, l'étape de la terminaison est considérée comme l'aboutissement final du changement de comportement, durant laquelle l'individu n'est plus tenté de retomber dans son comportement antérieur. Il ne ressent alors plus le besoin de maintenir activement le comportement désiré et peut ainsi continuer à vivre sans y penser. 3.1.2-La balance décisionnelle (*decisional balance*)

La prise de décision de changer implique la considération d'un ensemble de possibilités et de ses conséquences. La balance décisionnelle (BD) représente les avantages et les inconvénients aussi appelés 'pour' et 'contre' d'un certain comportement et de ses alternatives potentielles (Janis et Mann, 1977). Ceux qui sont « pour » favorisent l'adoption du comportement d'activité physique (ex. sécrétion d'endorphine) et les « contres » favorisent l'arrêt du comportement (ex. courbatures). Ce médiateur propose qu'une personne inactive ait tendance à évoquer les pour de l'activité physique (AP). Une vision plutôt partagée des pour et des contre mènera la personne à l'inaction et qu'un individu actif a tendance à remarquer les pour de l'activité physique (AP)

3.1.1-L'auto-efficacité (self-efficacy)

L'auto-efficacité(AE) réfère à la croyance en ses capacités d'organiser et d'effectuer un comportement ou non (Bandura, 1986, 1997). Bandura propose quatre sources afin de développer l'auto-efficacité(AE) : les expériences de maîtrise, les expériences vicariantes, la persuasion sociale et l'éveil émotionnel et les réponses physiologiques.

Les expériences de maîtrise se définissent par les succès et les échecs vécus et servent d'indicateurs de capacité. Les succès aident et les échecs nuisent à l'amélioration de l'auto-efficacité (AE). Un succès facile d'atteinte n'améliore pas nécessairement l'auto-efficacité (AE). Ce type d'expérience mène à l'échec d'un défi plus difficile d'atteinte ce qui nuit à l'auto-efficacité (AE). En effet, un succès découle d'efforts soutenus conservés devant l'adversité. Ainsi, une personne peut se convaincre d'avoir tous les outils nécessaires pour affronter n'importe quel défi. Par exemple : « *avant d'être enceinte, je bougeais tous les jours, je suis capable de redevenir plus active* ».

Les conclusions tirées de l'observation des actions réalisées par d'autres personnes définissent les expériences vicariantes. Une personne peut s'encourager par l'observation d'un modèle et comparer ses efforts accomplis pour relever un défi difficile aux efforts du modèle. Cette personne confirme sa capacité à relever le défi par l'observation du modèle. Plus grande la ressemblance entre le modèle et la personne, plus la perception de sa capacité grandit. Par exemple : « *mon ami a réussi à faire ce cours de groupe, je devrais être capable aussi* ».

La persuasion sociale soutient que la manifestation de la confiance d'un individu significatif à une personne la mène à maintenir son auto-efficacité (AE) plus facilement lorsqu'elle rencontre des difficultés. Cette personne devient capable d'effectuer une tâche perçue difficile, car elle perçoit ses capacités comme plus grandes. Une telle influence hausse la confiance et les efforts accomplis pour réussir ce qui mène à l'augmentation de l'auto-efficacité (AE). Donc, la personne mobilise mieux les ressources déjà existantes pour relever le défi.

Par exemple : « *Mon patron m'a confirmé qu'il croyait que j'avais tout ce qu'il faut pour le nouveau poste* » ou « *J'ai été à une conférence de dépassement de soi et ma vie est changée !* ».

L'éveil émotionnel et les réponses physiologiques avancent que l'interprétation positive ou négative des états émotionnels et physiques influence l'auto-efficacité. L'arrivée d'émotions facilite la performance d'une personne qui se sent efficace. Une personne remplie de doutes verra ces émotions comme un inhibiteur de performance. Par exemple, une personne pourrait se sentir efficace au travail et convaincre son fils d'aller courir avec elle ou repousser son entraînement à plus tard pour retourner à la maison suite à une mauvaise journée. (Lecomte et al 2018)

3.1.2- Les processus de changement (processes of change)

Les individus utilisent des stratégies ou des techniques cognitives, affectives et comportementales appelées POCs pour changer un comportement (Romain et al.,

2016)

L'utilisation de POCs avec ou sans intervention permet la progression dans les SOC. Autrement dit, un individu qui pose des actes pour modifier ses pensées, ses sentiments ou ses comportements par rapport à un problème particulier utilise des POCs (Csillik, 2009). Le Modèle Trans théorique compte dix POCs , cinq POCs expérientiels (prise de conscience, réaction émotionnelle, auto réévaluation, réévaluation environnementale et libération sociale) et cinq POCs comportementaux (auto libération, relations d'aide, contre-conditionnement, gestion des renforcements et contrôle des stimuli). Les POCs expérientiels affectent la compréhension d'éléments ce qui permet d'influencer le comportement à changer. Les POCs comportementaux incluent des solutions concrètes pour changer et affecte le comportement de manière plus directe.

Un effort fait dans la recherche d'informations sur le comportement peut mener à une prise de conscience. Par exemple, une personne pourrait chercher l'information sur les bienfaits de l'activité physique (AP) ou les risques de l'inactivité et avoir une prise de conscience.

Une réaction émotionnelle implique les aspects affectifs liés au changement. Par exemple, une personne dont un proche meurt d'une crise de cœur pourrait réaliser que son inactivité augmente ses chances d'avoir une crise de cœur et changer ses habitudes.

Une auto réévaluation implique l'évaluation cognitive ou émotionnelle de l'impact du comportement par l'individu. Par exemple, une personne qui a de fortes valeurs familiales pourrait réaliser son incapacité à jouer avec ses petits-enfants et décider d'aller prendre une marche chaque soir plutôt que d'écouter quatre à cinq émissions sur Netflix.

Une réévaluation environnementale implique l'évaluation de l'impact, positif ou négatif, du comportement sur l'environnement social et physique de l'individu. Par exemple, une personne pourrait réaliser qu'elle ne voit plus ses amis puisqu'elle passe ses journées à jouer à des jeux vidéo. La libération sociale implique la reconnaissance que les normes sociales actuelles encouragent l'individu à évoluer vers une vie plus saine. Par exemple, un étudiant en informatique pourrait considérer participer à une activité suite à la vue d'une

affiche sur le mur de l'école qui décrit l'organisation d'une activité afin d'aider les jeunes à bouger. L'auto libération implique de s'engager à changer et croire ses capacités à effectuer en l'engagement pris. Par exemple, une personne pourrait programmer ses entraînements deux fois par semaine dans son agenda. La relation d'aide implique le soutien d'autrui significatif (famille, amis, médecin) afin de modifier le comportement. Par exemple, une personne pourrait demander à sa sœur si elle peut joindre ses entraînements.

Le contre-conditionnement implique le remplacement d'un comportement par un autre comportement plus sain. Par exemple, une personne pourrait substituer une application de jeu sur son cellulaire par une application qui émet des rappels de se dégourdir les jambes toutes les heures au travail.

La gestion des renforcements implique l'utilisation de renforcements et de récompenses pour consolider des comportements sains. Par exemple, une personne pourrait manger un carré de chocolat noir après sa course.

Le contrôle des stimuli implique la modification de l'environnement afin d'encourager les comportements sains. Par exemple, une personne pourrait écrire son objectif d'activité physique (AP) sur son miroir de salle d'eau afin de le lire chaque fois qu'il brosse ses dents le matin et le soir. (Romain *et al.*, 2016)

3.1.3- Liens hypothétiques entre les construits de la théorie.

Dans cette section de notre travail nous allons de temps en temps parler de figure qui représente les différents schémas afin d'expliquer les liens hypothétiques entre ses construits, bien entendu que ces schémas ne sont pas présentés dans ce travail.

La figure 2.2 présente les liens hypothétiques à l'origine de la conception du modèle transthéorique. Ensuite, la figure 2.1 illustre les relations significatives établis. Ces liens établis entre les construits ne sont pas spécifiques à l'activité physique. Voilà pourquoi Nigg et al ont étudié l'enchaînement temporel des construits du modèle transthéorique spécifique à l'activité transthéorique (Nigg *et al.*, 2019).

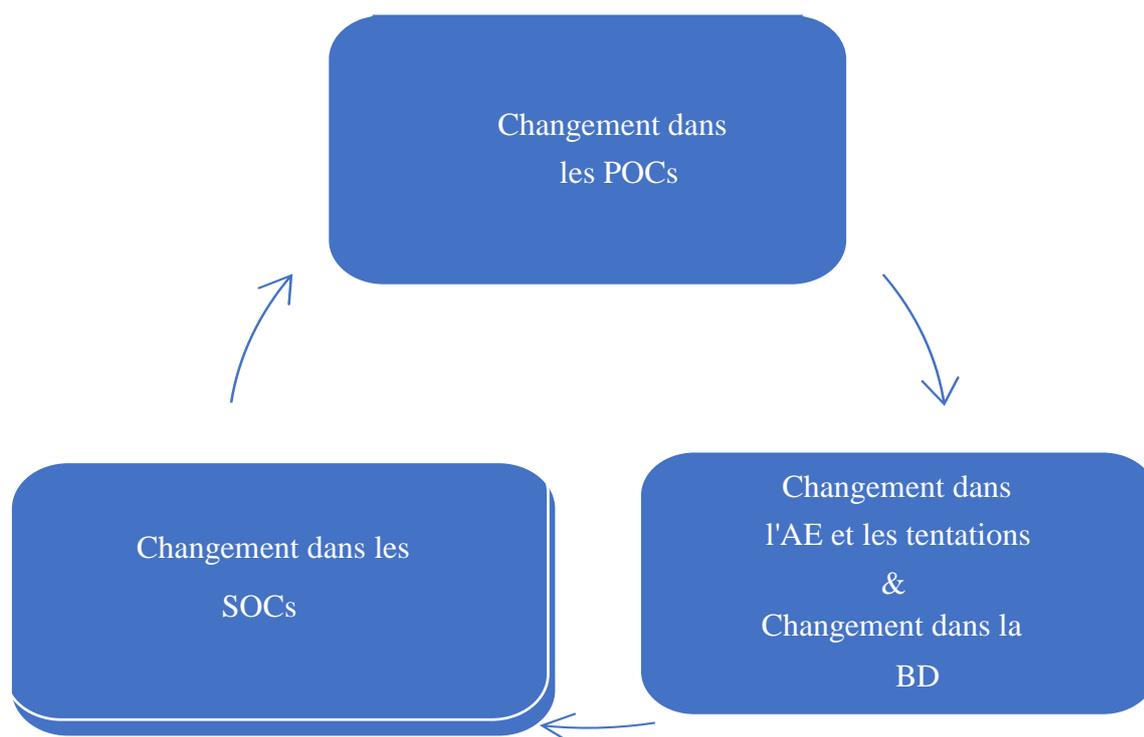
La figure 2.2 représente les liens hypothétiques entre les construits initialement théorisés selon Prochaska (Prochaska et Norcross, 2013). Le mouvement dans le modèle transthéorique se base sur les SOCs. Les SOCs représentent une période de temps ainsi qu'un ensemble de tâches à accomplir afin de passer au SOC suivant. Le temps passé dans un SOC varie selon l'individu malgré l'invariabilité des tâches à accomplir. Prochaska propose que les

étapes décrites puissent varier en fonction du type de comportement (consommation de tabac ou d'alcool, nutrition, etc.)

Figure 2.2 : Proposition de Pochaska : les stades au centre du modèle Transthéorique (Adapté et al 2002).

La figure 2.3 montre les relations significatives établies entre les construits du modèle transthéorique selon Prochaska (Burkholder et Nigg, 2002). En effet, chaque construit a un impact sur les SOCs et indépendamment des SOCs, les POCs impactent la balance décisionnelle. Cependant les liens hypothétiques et les relations significatives n'ont pas été testé empiriquement dans le domaine de l'activité physique. La figure 2.3 basée sur des données empiriques illustre l'enchaînement temporel des construits dans les changements liés à l'AP au sein du MTT (Nigg *et al.*, 2019).

Figure 2- Enchaînement temporel des construits du modèle Transthéorique



Source : Nigg et al., (2019)

Note : POCs=processus de changement, SOC=stades de changement, AE= auto-efficacité, BD=balance décisionnelle

D'abord, il y a un changement dans les POCs qui affectent l'AE ce qui mène à un changement de SOC. Puis, lorsque l'individu change de SOC, les POCs changent et la boucle se répète (Nigg *et al.*, 2019). Reprenons l'exemple de la libération sociale plus haut. L'étudiant en informatique pense peut-être participer à une activité suite à la vue d'une affiche à l'école (contemplation). Ayant du temps libre, il décide d'aller jeter un coup d'œil aux informations sur cette activité (prise de conscience) puis décide d'y participer. Après l'activité, il ressent les bénéfices physiques et psychologiques (réalise les points positifs à l'AP), il arrive à la maison et termine le devoir qu'il repoussait sans cesse (augmentation de l'AE). Il décide de demander à ses parents s'il peut s'inscrire à une salle d'entraînement (autolibération) qui offre des cours de groupe (il passe au stade de la préparation).

Ainsi, la séquence temporelle des construits du modèle transthéorique décrit par Nigg a une forme cyclique (figure 2.3). Voilà pourquoi les intervenants devraient axer leurs méthodes sur les POCs pour changer les cognitions liées à l'AE et à la BD ce qui mène au changement de SOC (Nigg *et al.*, 2019).

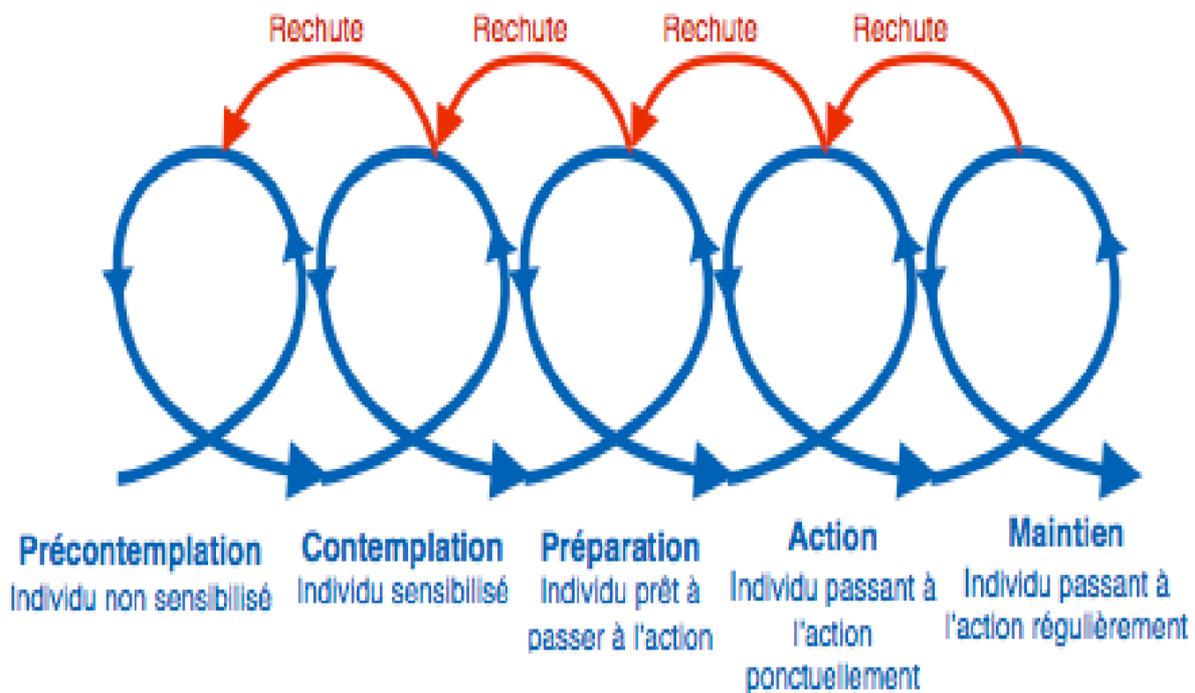
Entre chaque stade se situent différents processus de changement qui sont nécessaires pour aider à modifier le comportement, la façon de penser ou même les émotions. Selon le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1982), il existe neuf processus clés pour changer un comportement :

- *La conscientisation* : fournir des informations sur les risques et les méfaits possibles du comportement indésirable et valoriser les habitudes comportementales plus saines. L'individu devient alors davantage conscient des conséquences de son comportement et de la nécessité de le changer ;
- *Le soulagement émotionnel* : tenter d'identifier, d'expérimenter et d'exprimer les émotions liées aux risques des comportements indésirés dans le but de développer des sentiments favorables concernant le comportement souhaité ;
- *La libération sociale* : reconnaître et explorer des opportunités et des alternatives sociales pour adopter un comportement plus sain. Cela peut impliquer des changements sociaux et permettre à l'individu de trouver du soutien et des conseils auprès d'autres individus se trouvant dans une situation similaire ;

- *La réévaluation personnelle* : évaluer son comportement actuel en fonction de ses propres valeurs et croyances, et chercher à aligner son comportement par rapport à celles-ci ;
- *L'engagement* : s'encourager à avoir confiance en ses capacités de changer en utilisant des techniques telles que l'affirmation de soi ou l'auto-encouragement ;
- *La gestion des renforçateurs* : renforcer le comportement souhaité en attribuant des récompenses facilement accessibles mais raisonnables et réduire les comportements non souhaités. Cela permet ainsi d'augmenter les probabilités que le comportement souhaité soit maintenu ;
- *Les relations aidantes* : recevoir un soutien émotionnel ou social d'autres personnes et maintenir des relations positives pour aider à maintenir la motivation ;
- *Le contre-conditionnement* : analyser les avantages et les inconvénients du changement et essayer de trouver des alternatives au comportement non souhaité ;
- *Le contrôle environnemental* : éviter les situations à haut risque de rechute et se placer dans un environnement favorable pour maintenir le nouveau comportement.

« Le modèle transthéorique du changement » présenté par Prochaska et DiClemente (1982) présente les différentes étapes par lesquelles passe un individu de façon linéaire. Cependant, les chercheurs ont observé que la progression à travers ces stades n'est pas toujours linéaire, mais qu'elle suit un procédé cyclique, qui varie d'un individu à l'autre. Ce nouveau modèle, appelé « le modèle en spirale des stades du changement de comportement » indique que les sujets peuvent redescendre aux niveaux précédents en raison d'échecs temporaires ou de rechutes. Ces régressions ne signifient cependant pas nécessairement un échec complet. Au lieu de cela, les individus peuvent réutiliser les compétences acquises lors des étapes précédentes pour atteindre leurs objectifs, ce qui rend ainsi la progression au stade suivant plus rapide qu'auparavant. De plus, les individus peuvent vivre des processus différents pour passer d'un stade à l'autre. Certaines personnes peuvent passer rapidement par les stades, tandis que d'autres peuvent prendre plus de temps. L'important est alors de respecter le rythme de chacun (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992 ; Sullivan, 1998).

Figure 3 – Modèle en spirale des stades du changement de comportement



Source : Prochaska, DiClemente & Norcross (1992)

Le choix de ce modèle spiralaire s'est avéré être plus adapté, car il prend en considération les obstacles potentiellement rencontrés lors du processus de modification de comportement. Cette adaptation du modèle permet une meilleure compréhension des retours dans les étapes précédentes et des différences individuelles constatées.

De plus, il est important de préciser que selon Faulx (2021), deux conditions permettent de favoriser le changement de manière générale. La première indique qu'il faut avoir le sentiment d'avoir pris la décision soi-même. Et deuxièmement il faut mettre en pratique les consignes des professionnels.

Selon cette théorie, les comportements sont modifiés de manière progressive, et les interventions appropriées varient selon le stade de changement. Ce modèle considère que si différents facteurs ont une influence sur l'hypothèse le passage d'un stade à un autre, les individus devraient mieux réagir aux interventions adaptées aux spécificités du stade auquel ils se trouvent. Ce modèle repose sur l'hypothèse selon laquelle le changement est cyclique et continu, et non pas définitif. Les individus sont susceptibles de rechuter et de revenir à un stade antérieur, mais cela ne signifie pas nécessairement qu'il leur faille repartir de zéro. Les sujets sont décrits en termes de progression à travers une série de stades comportementaux,

parallèlement à d'autres aspects, comme la confiance en soi face au changement ou à l'invariance.

Prochaska et Di Clemente présentent les différentes étapes qui interviennent dans l'élaboration, la manifestation et le maintien d'un comportement, mais ils n'expliquent pas objectivement les causes de la chute ou de la rechute des individus. Ce modèle ne peut pas apporter explication exacte à l'usage des substances psychoactives comme moyen de se défendre face à une détresse psychologique.

Le modèle trasteorique de changement (Prochaska et Di Clemente, 1982) nous offre une fenêtre de compréhension sur les stades par lesquels nous passons lorsque nous espérons un changement comportemental.

Ce modèle peut être complété par le modèle de la spirale du changement.

3.2. Le modèle de la spirale du changement

Au début, les recherches de Prochaska et DiClemente (1983) ont amenés à identifier un modèle linéaire constitué de quatre stades de changement du comportement, soit pré-intention, intention, action et maintien. Puis, le modèle a pris comme exemple des portes tournantes, suggérant ainsi la dynamique présente chez les individus, mais omettant par le fait même de tenir compte de leur évolution perpétuels (Sutton, 1996). Par la suite, leurs études les ont amenés à illustrer le modèle sous la forme d'une spirale (Figure 1) comprenant cinq stades, celui de la préparation ayant été ajouté entre l'intention et l'action de façon à mieux regrouper les données retrouvées dans les analyses (DiClemente et al., 1991)

La plupart des gens qui tentent de modifier un comportement ne le font pas avec succès dès la première tentative (p. Ex, les personnes qui veulent cesser de fumer la cigarette ou contrôler leur apport calorique).

Suite à leurs recherches dans le domaine, Prochaska et ses collègues (1992) ont découvert que la progression linéaire (où les individus progressent simplement et directement à travers chacune des étapes) est un phénomène possible, mais plutôt rare dans le cas des comportements de dépendance (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). C'est pourquoi ils ont par la suite modifié leur modèle original des stades.

Ce modèle en spirale illustrant comment la plupart des gens évolueraient à travers les stades du changement. Dans ce modèle, les gens progresseraient de la pré-intention à la préparation, à l'action, et finalement au maintien, mais une grande part des individus

rechuteraient. Durant la rechute, les individus régresseraient à un stade antérieur, et certains percevraient cela comme un échec. Ceci aurait pour résultat qu'ils retourneraient au stade de la pré-intention et pourraient y demeurer pour des périodes de temps variables (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

Les auteurs suggèrent toutefois que la plupart des individus qui rechutent (c'est-à-dire qui retournent à un stade antérieur) ne se verraient pas impliqués dans un mouvement rotatif qui les ramèneraient jusqu'au stade où ils ont commencé leur évolution. Ainsi, selon Prochaska, DiClemente et Norcross (1992), chaque fois qu'un individu effectuerait une rechute, il reprendrait son évolution à travers les stades et ce, à partir du stade où il était rendu. De cette façon, il apprendrait de ses propres expériences et ses tentatives ultérieures d'adoption du comportement et ramèneraient à expérimenter une nouvelle approche.

Les dix processus du changement sont organisés hiérarchiquement selon deux construits majeurs le construit expérientiel, qui se rapporte à l'expérience de l'individu et à sa quête d'apprentissage, ainsi que le construit comportemental, qui réfère à l'implication d'actions précises (Prochaska et al., 1994).

Les processus expérientiels ont une grande influence dans la prédiction du progrès qui s'effectue dans les premiers stades du changement, tandis que les processus comportementaux assurent la compréhension et la prédiction des transitions entre les stades de la préparation, de l'action, et du maintien du comportement (DiClemente et al., 1991, Prochaska, & DiClemente, 1983; Prochaska et al., 1988).

Les processus du changement Les stades du changement représentent une dimension temporelle liée à la période, c'est-à-dire au moment où se produisent les changements dans les attitudes, les intentions et les comportements. Les processus du changement, quant à eux, sont une seconde dimension majeure qui nous permettent de comprendre comment ces changements se produisent (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Prochaska et son équipe (1992) en ont identifiés dix, usant pour ce faire d'analyses comparatives de systèmes directs en psychothérapie. Ils ont été sélectionnés en examinant les changements décrits dans différentes théories, d'où le terme transthéorique (Prochaska., et al, 1992).

La fidélité et la validité de ces processus ont été éprouvées au cours de recherches subséquentes (O'Connor et al, 1988). Les processus du changement sont des activités et des expériences. Voilées ou manifestes dans lesquelles les individus s'engagent quand ils tentent de modifier des comportements problématiques (Prochaska & Marcus, 1994), Chacun des

processus renferme de multiples techniques, méthodes, et interventions traditionnellement associées avec des orientations théoriques diversifiées (Health belief model, Theory of reasoned action, et autres).

Plus précisément, les processus du changement sont des activités communes que les individus utilisent quand ils modifient leur comportement (Dorsay et al., 1988). Ces processus reflètent comment les individus avancent d'un stade à l'autre, c'est-à-dire à l'aide de quel processus ils avancent dans la spirale.

3.3- Modèle biopsychosocial de Engel (1977)

Le modèle biopsychosocial est à la fois un modèle théorique, c'est-à-dire un ensemble cohérent et articulé d'hypothèse explicative de la santé et de maladie, et un outil clinique, c'est-à-dire un ensemble de moyens diagnostiques et thérapeutiques directement applicable.

Sur le plan théorique, il s'agit d'une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologique, psychologique et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie. Aucune de ses catégories de déterminants de la santé ne se voit accorder de prépondérance a priori (même si l'on conçoit que leur importance relative puisse varier). Le modèle biopsychosocial est donc un élargissement du modèle biomédical : les facteurs biologiques y gardent toute leur place. Il ne s'agit pas d'une conception psychologique ou psychiatisante ni sociologisante de la maladie.

De plus, il faut souligner que le terme « psychologique » réfère essentiellement à processus cognitifs, émotionnels et comportementaux, normaux, relevant entre autres de l'interprétation des symptômes par le sujet, et non à des aspects psychologiques.

Les postulats anthropologiques et épistémologiques sous-jacents aux modèles biomédical et biopsychosocial ainsi que leurs conséquences dans le domaine clinique, ont été discutée en détails ailleurs. Notons simplement que le modèle biopsychosocial remplace des systèmes de causalités simples et linéaires par des causalités linéaires multiples et circulaires, parfois difficiles à identifier et à contrôler. Ceci implique pour le clinicien (et le malade) une navigation souvent inconfortable entre complexité et incertitude).

3.3.1. Historique du modèle biopsychosocial

C'est en 1977 que le psychiatre George Libman Engel présente dans la revue scientifique « Science » un article qui va créer un remous dans le monde de la santé. Plusieurs

critiqueront ses idées disant que son modèle n'est pas scientifique qu'il n'est pas enligné avec le domaine de la santé. Encore aujourd'hui, le modèle biopsychosocial d'Engel est boudé par plusieurs au profit du modèle biomédical. Conscient de la controverse que procureraient ses idées, Engel avait déjà, en 1977, critiqué les dogmes du modèle biomédical omniprésents, ainsi que les enjeux économiques et politiques des grandes compagnies qui réagiraient à l'arrivée de ses propositions de changements.

En 1977, le principal modèle dans le domaine de la santé est le modèle biomédical. Selon Engel, une des sources qui a permis que ce modèle biomédical soit prégnant vient de l'Église qui a permis la dissection des êtres humains il y a de cela 500 ans en ajoutant « une interdiction tacite contre l'investigation scientifique de l'esprit et du comportement humain. Aux yeux de l'Église, ces concepts relevaient du domaine de la religion » (Engel, 1977, p. 130). On constate, dans cette idéologie de l'Église, une inspiration de la philosophie de Descartes. Selon ce dernier (dans Austad, 2009), le corps et l'esprit sont deux entités distinctes. Cette idéologie de l'Église inspirée de la philosophie dualiste de Descartes permettra au modèle biomédical de s'enraciner dans les sociétés occidentales. Ce modèle conçoit « que toutes les maladies sont le seul reflet d'une dysfonction biologique » (Nicassion, et collab., 1995, p. 3). Austad (2009) ajoute : « le corps est perçu comme un système devant être contrôlé et la maladie est vue comme un ennemi devant être combattu et conquis.

La guérison requiert la production d'un antagoniste à la maladie » (Austad, 2009, p. 367). De même, les troubles de la santé mentale, sont perçus comme « des maladies ayant des bases biologiques qui sont génétiques, endocriniennes, neurophysiologiques ou structurelles » (Austad, 2009, p. 367).

Après la Seconde Guerre mondiale de 1945, on assiste à la disparition de maladies infectieuses grâce aux avancées fulgurantes du modèle biomédicale : « Le modèle biomédical a été créé par des scientifiques pour l'étude de la maladie » (Engel, 1977, p. 128). Nicassion, et al (1995) expliquent comment le traitement des maladies a évolué depuis les cinquante dernières années. La plupart de celles qui menaçaient la vie humaine ont pu être réduites grâce aux avancées de la biomédecine. Toutefois, durant ces mêmes années, de nouvelles maladies prennent de l'ampleur : cancer, accident cardio-vasculaire et plusieurs autres sont de plus en plus présentes.

Par ailleurs, Nicassion, et al (1995), indiquent que le modèle biomédical n'est plus en mesure de répondre à ces nouvelles maladies. Il faut donc penser un nouveau modèle pour comprendre la maladie et la santé. En même temps, et en parallèle à l'existence du modèle biomédical, d'autres avancées importantes sont réalisées entre autres dans le domaine de la psychologie. De nouvelles théories viennent s'ajouter à la compréhension que se font les professionnelles et professionnels de la santé mentale.

Dès les années 1960, suite au développement de la théorie psychanalytique de Freud, qui apporte de nouvelles façons de concevoir le psychologique, entre autres par rapport au développement de la personne, mais aussi sur la façon dont les maladies mentales apparaissent et se traitent, le modèle se répand dans le domaine médical. Dans les mêmes années, les écrits d'Erickson se développent avec des idées théoriques telles que les huit étapes du développement psychosocial de l'enfant qui soulignent, entre autres, l'importance de l'environnement comme facteur favorisant l'évolution.

C'est alors qu'Engel explique que le modèle biomédical n'est plus apte à combiner les tâches scientifiques et les responsabilités sociales de la médecine ou de la psychiatrie. Engel, en lien avec la majorité des travaux consultés, s'entend sur les importantes limites de ce modèle : « le modèle biomédical épouse une philosophie réductionniste qui minimise fréquemment l'importance du psychosocial, et les différences sociales entre patients qui partagent un même diagnostic médical » (Nicassion, et collab., 1995, p. 3).

Le défi d'intégrer le modèle biopsychosocial, selon Engel, reste dans le fait que le modèle biomédical s'est intégré dans la culture et qu'il est devenu un dogme. Engel avait déjà prévu la résistance à l'arrivée de ses idées en soulignant que les pouvoirs investis dans des intérêts sociaux, politiques et économiques étaient formidables détracteurs face à quelques assauts sur le dogme biomédical. Encore aujourd'hui « beaucoup de médecins de différentes spécialités : clinique sur la douleur, unités psychiatriques, etc., n'adhèrent pas au modèle d'Engel » (Rolf, 2009, p. 611). Berquin (2010) ajoute que la notion de pouvoir est aussi détenue par les firmes médicales qui s'enrichissent au travers de la culture du modèle biomédical. C'est un des éléments importants qui ont retardé l'adoption d'un modèle biopsychosocial.

L'auteur suggère que c'est un outil médical théorique qui permet aux professionnels de la santé de considérer la personne qui les consulte dans son ensemble physiologique mais également avec les facteurs psychologiques et l'environnement social. Il se concentrait trop

exclusivement sur le corps et les maladies du corps, et négligerait la réalité psychologique du patient en tant que personne.

3.3.2. Prémises du modèle biopsychosocial

La prémisses du modèle biopsychosocial est que dans le concept de santé, « des processus biologiques, psychologiques et sociaux sont impliqués intégralement et en interaction » (Rothman, et collab., 2004, p. 119). Pour Engel (1980), ce modèle est scientifique et permet de combler les lacunes du modèle biomédical. Berquin (2010) ajoute que « Le modèle biopsychosocial est un élargissement du modèle biomédical, et que les facteurs biologiques y gardent toute leur place » (Berquin, 2010, p. 1512). Frank et al (2009) résume très bien l'idée de ce modèle :

« La perspective biopsychosociale (...) demande que l'on considère l'être humain comme étant un organisme biologique, et qu'une personne vit dans un contexte de famille et de communauté. À partir de ces considérations, le modèle propose une attention intégrative des contextes relationnels pour comprendre plusieurs problèmes associés avec la santé, la maladie et la perception de la maladie que se fait la personne. (...) Cette perspective comprend les facteurs interpersonnels et socioculturels dans la conception de la maladie et la perception de celle-ci (Frank, et collab., 2009, p. 25) »

En ce qui a trait à la pratique, on constate une méthode de travail axé sur la concertation multidisciplinaire, chaque professionnel étant responsable de sa spécialisation et gardant constamment à l'esprit l'importance des trois sphères du modèle en interactions.

Frank, et collab., (2009) soulignent une différence importante qui est aussi notée par Engel. En anglais, les auteurs utilisent les termes *disease* et *illness*. Ces termes sont souvent synonymes en français. Ce qui est important de comprendre c'est qu'une maladie (*disease*) est « ce qui ne va pas avec le corps en tant que machine ; on l'exprime en termes d'anatomie altérée ou de pathophysiologie. » (Weston, 2005, p. 389) alors que *illness* correspond à l'« expression unique d'une personne qui se sent malade : ses pensées, ses émotions et ses comportements de celle-ci dans un espace-temps particulier » (Weston, 2005, p. 389).

Dans ce travail, on utilisera le terme français « symptômes » pour parler de ce qui est expérimenté par la personne. Il nous semblait important de différencier « maladie » et « symptôme » étant donné que ces deux concepts peuvent coexister mais aussi exister de façon autonome. Ainsi une personne peut se sentir malade, c'est-à-dire éprouver des symptômes,

mais ne pas l'être (malade) et vice-versa. La notion de symptômes est importante, car elle permet au professionnel de la santé d'essayer de comprendre la réalité telle que perçue par la personne. Cette habileté, qu'on appelle empathie, est importante pour le modèle biopsychosocial qui souligne l'importance à accorder aux symptômes tels que présentés par la personne.

Hodgson, et collab. (2007) ajoutent qu'il faut être naïf pour un médecin de ne pas considérer l'aspect psychosocial d'une personne autant qu'il l'est pour une personne en relation d'aide de ne pas considérer l'aspect biologique dans son évaluation. Engel souligne que dans toutes les sociétés, pré littéraire et littéraire, le critère majeur dans l'identification de la maladie a toujours été comportemental, psychologique et social par nature. Il ajoute, en donnant l'exemple de la schizophrénie : « Cela ne sert pas à grand-chose de pouvoir comprendre le problème biochimique de la schizophrénie si l'on ne peut pas le relier à des expressions psychologiques ou comportementales de la maladie » (Engel, 1977, p. 132).

Le modèle biopsychosocial d'Engel est donc un modèle compréhensif qui permet de mieux comprendre la personne, dans son ensemble, ce qui a créé et contribue à son problème. Cette compréhension holistique de la personne dans son environnement permet de développer un plan d'action en équipe multidisciplinaire correspondant à ses besoins dans l'objectif de retrouver une homéostasie.

3.3.3. Les ingrédients d'une pratique clinique intégrant le modèle biopsychosocial

Dans une pratique inspirée du modèle biomédical, l'essentiel de l'action clinique consistera à répéter et tenter de corriger des anomalies dans la « machine corporelle » : déviation de paramètres physiologiques par rapport à une norme. Dans le cadre du modèle biopsychosocial, la pratique clinique aura deux caractéristiques essentielles : un élargissement des perspectives et la participation active du patient.

L'élargissement des perspectives traduit le fait que le soignant conserve en permanence à l'esprit la notion que les déterminants de la santé et de la maladie sont multiples et diverses. Aux cours de l'évaluation, il sera particulièrement sensible en plus et non à la place du bilan somatique à une évaluation des attitudes et croyances, des attentes, des comportements, des facteurs émotionnels sont relationnels, du contexte social, culturel et professionnel.

Quant aux stratégies thérapeutiques envisagées, elles comprendront, outre les modalités « traditionnelles » visant à modifier des paramètres physiologiques, divers moyens permettant d'agir sur les facteurs psychosociaux perçus comme participant au problème de la santé. Plusieurs modalités différentes seront en général associées. Un critère important d'un bon fonctionnement biopsychosocial est ainsi une réelle interrogation des diverses perspectives, qui implique que les dimensions biologiques, psychologique et social soient abordées de manière simultanée.

3.3.4. Implication pratiques

- Le modèle biopsychosocial est significativement plus efficace que le modèle biomédical, tant en termes d'éducation des problèmes de santé qu'en termes d'éducation thérapeutiques.
- Les perspectives biologiques et sociales ne sont pas utilisées séquentiellement doivent être intégrées en permanence, sur ce pied d'égalité et sans exclusion.
- Le terme « psychologique » relève pas de la psychopathologique mais réfère à des processus cognitifs, émotionnels et comportementaux normaux.
- L'évaluation et le traitement accordent une importance particulière aux attitudes, croyances et attentes des patients.
- La participation active du patient et une information et éducation adéquate sont particulièrement importantes.

3.3.5. Concepts du modèle biopsychosocial

Dans le modèle biopsychosocial, quatre concepts prédominent : le biologique, le psychologique, le social ainsi que l'empathie (Engel, 1977, 1980). L'empathie n'entre pas dans les dimensions biopsychosociales, mais est l'élément clé dans la récolte d'information et la réussite de l'intervention avec la personne et son environnement.

Tableau 1 Dimensions du modèle biopsychosocial

Biologique	<ul style="list-style-type: none"> - Le cerveau et le système nerveux - La génétique - L'état de santé de façon générale - Les attributs physiques et les capacités - Médicaments
Psychologique	<ul style="list-style-type: none"> - Les pensées - Les comportements - Les émotions - La cognition (attitudes, attentes, croyances) - La motivation - Les capacités intellectuelles et habilités mentales
Social (social-culturel)	<ul style="list-style-type: none"> - Les relations interpersonnelles (amis, famille, communauté) - L'ethnicité - La culture - L'environnement économique - L'environnement politique (par exemple, de quelle façon gère-t-on la santé dans l'environnement de la personne ?)

Dans le modèle biopsychosocial d'Engel, un élément important traverse l'ensemble des dimensions. En effet, il ajoute la notion d'empathie, c'est-à-dire la capacité de percevoir le monde au travers des yeux de l'autre. L'empathie joue un rôle important dans la qualité de la relation entre la personne et le ou la professionnelle de la santé et c'est dans la majorité des articles consultés. En 1977, Engel écrit :

« La relation entre le patient et le médecin influence le résultat thérapeutique pour le mieux ou pour le pire. Cela constitue les effets psychologiques qui peuvent directement modifier la perception de la maladie ou indirectement affecter les processus biochimiques (Engel, 1977, p. 132) ».

3.3.6. L'apport du modèle biopsychosocial de la santé.

Le terme biopsychosocial est souvent employé dans les écrits portant sur les pathologies chroniques. Etant rarement défini, il est possible d'imaginer qu'il ne renvoie pas toujours aux mêmes concepts (Truchon et Fillon, 2000) pouvant ainsi créer une certaine

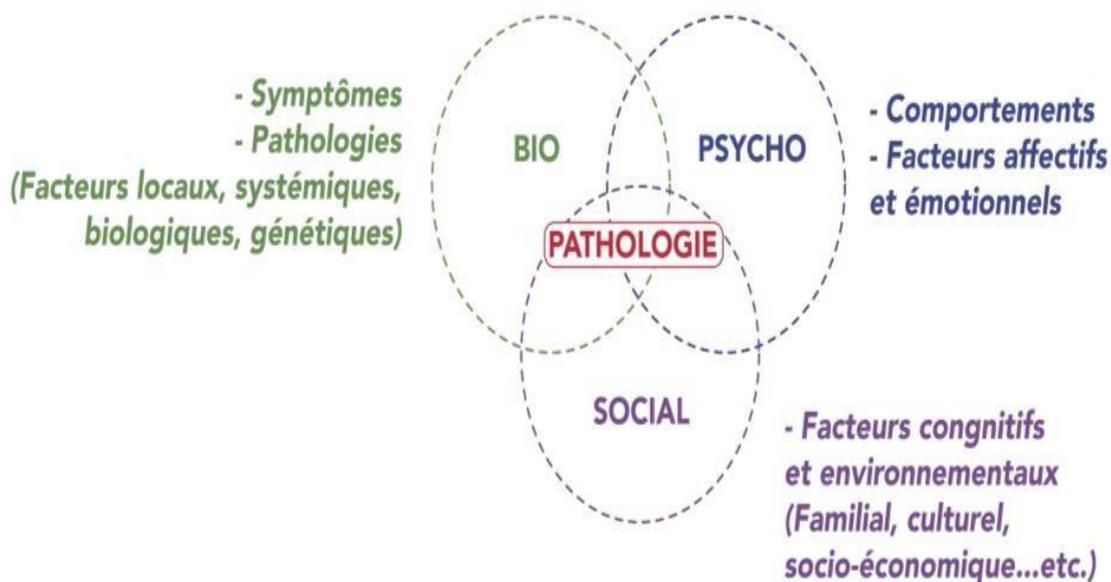
confusion. Il est possible de remonter jusqu'à Engel (1977) pour retrouver les premières traces de l'idée d'un modèle biopsychosocial de la santé. Pour lui, il s'agit davantage que le simple ajout de déterminants psychosociaux à côté de déterminants biologiques afin de décrire une maladie. Il s'agit avant tout de réintégrer l'humain dans la démarche médicale.

Le modèle biopsychosocial proposé par Engel possède une double nature de « philosophie des soins cliniques et [...] de guide des pratiques cliniques » (Borrell-Carrio et al, 2004, p. 576). En tant que modèle philosophique ou théorique, c'est « un ensemble cohérent et articulé d'hypothèses explicatives de la santé et de la maladie » (Berquin, 2010, p. 1512). C'est une façon de comprendre comment la souffrance et la maladie sont affectées par de multiples niveaux d'organisation allant du niveau moléculaire à celui de la société. C'est en même temps un modèle pour l'action clinique, essentiellement médicale pour Engel. Il permet de considérer la subjectivité du patient comme pouvant contribuer à la précision du diagnostic et à l'amélioration de son état de santé.

Même si ce sont les aspects théoriques du modèle qui ont principalement retenus notre attention, il sera indispensable à certains moments de dire quelques mots sur son aspect pratique pour le comprendre dans sa globalité comme les deux faces d'une même pièce. Tout d'abord, le rapport du modèle biopsychosocial au modèle biomédical nous permettra d'en appréhender les fondements. Ceci permettra ensuite de comprendre en quoi une structuration en système hiérarchisé permet de dépasser le réductionnisme du modèle biomédical sans le renier tout à fait. La structure du modèle biopsychosocial est aussi vu comme intégrative, permettant de concevoir différemment le dualisme corps/esprit imposé encore une fois par le modèle biomédical.

Il nous semble important de reprendre dans le détail le modèle biopsychosocial d'Engel sur lequel se sont appuyées les recherches ultérieures. Certains points permettent d'éclairer les forces mais aussi les limites de certains modèles actuels. Ce retour aux sources permet aussi d'avoir un repère clair de ce que l'on peut entendre par modèle biopsychosocial.

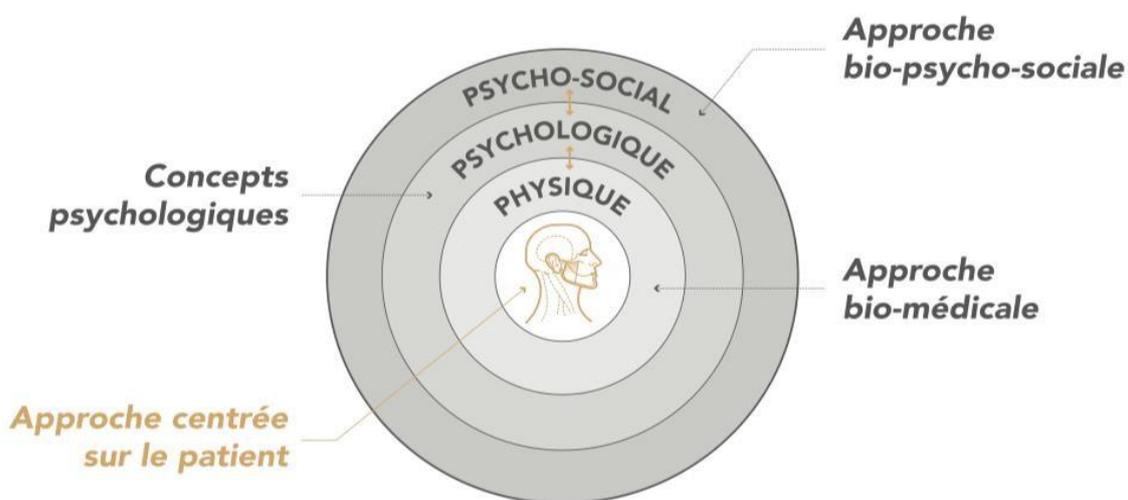
Figure 2 : Modèle bio-psycho-social de Engel



Source : Petitjean (2012), « Y a-t-il encore une ou des théories en psychiatrie ? »

Développé par Engel dès 1977, celui-ci considère les facteurs physiques/structurels et les facteurs psycho-sociaux sur un même pied d'égalité, « dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires ».

Approche bio-psycho-sociale centrée sur le patient



Source: Suvinen et al., (2005). « Review of aetiological concepts of temporomandibular pain disorders »,.

En 1992, ce modèle bio-psycho-social est appliqué aux certains troubles par Dworkin et Lesresche. Afin de faciliter l'établissement d'un diagnostic de DTM et permettre une prise en charge adaptée, ils instaurent une classification des critères diagnostiques des troubles (ou « RDC/TMD » pour Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders). Ces critères s'articulent autour de 2 axes étiologiques : structurel et psycho-social.

-Le modèle transactionnel

Farmer (2009), l'élément important qui distingue le modèle transactionnel du modèle biopsychosocial et d'autres itérations est la notion de transaction, soit la capacité pour chacune des dimensions de modifier l'une et l'autre. L'auteur différencie le réductionnisme, l'interactionnisme et le transactionnel. Les modèles réductionnistes, par exemple le biomédical, conçoivent seulement un élément qui influence les autres.

Il faut donc contrer cet élément pour rétablir l'homéostasie de la personne. Cette approche fonctionne bien lorsqu'un organisme est confronté à un virus ou à un déséquilibre chimique. Par exemple, un modèle réductionniste conçoit la dépression comme un déséquilibre de la sérotonine dans le cerveau, les sphères psychologiques et sociales n'étant pas considérées dans l'étiologie.

De son côté, l'interactionnisme conçoit les sphères biopsychosociales comme interagissant ensemble, mais ne pouvant pas modifier l'autre. Dans l'exemple d'une dépression, un modèle interactionniste tente de comprendre comment les sphères biologiques, psychologiques et sociales interagissent ensemble pour entretenir les symptômes ainsi que les signes dépressifs.

À l'instar du modèle précédent, le modèle transactionnel considère que chaque sphère peut effectuer une transaction avec l'autre, c'est-à-dire qu'elle interagit avec les autres sphères mais peut aussi les modifier. Dans l'exemple de la dépression, le modèle transactionnel considère que les sphères biopsychosociales interagissent ensemble et peuvent aussi modifier la structure de l'autre. Ainsi, le modèle montre, par exemple, que la façon dont une personne se comporte et pense (sphère psychologique) peut modifier la structure biologique (par exemple augmenter la présence d'un neurotransmetteur associé à la diminution du stress dans le cerveau).

Un autre exemple serait celui du développement d'un bébé en lien avec les soins reçus.

Les soins nourriciers fournis par les parents à leur enfant (social) vont influencer le développement de certaines parties du cerveau (biologique) et favoriser ou non, la motivation de l'enfant (psychologique) à explorer son environnement. Famer (2009) recommande, pour les travailleuses et travailleurs sociaux, l'utilisation de ce modèle transactionnel, qui ajoute deux dimensions au modèle biopsychosocial d'Engel (1977) : « Le modèle présente une approche pour comprendre les relations dynamiques entre le biologique, le psychologique, le social, le spirituel et les défis de la vie. [...] [Ce modèle] encourage les travailleuses et travailleurs sociaux à conceptualiser les défis et les solutions comme une réponse simultanée et une série d'échanges interactifs » (Farmer, 2005, p. 44-48).

Il n'y a pas une sphère qui est plus importante qu'une autre. Dans la conception d'un problème ou dans la recherche de solutions par les travailleuses et travailleurs sociaux, chaque sphère est considérée comme ayant la même importance, les travailleuses et travailleurs sociaux étant libres de réfléchir au degré d'importance qu'on doit accorder à une sphère dépendant des défis de la vie rencontrés par une personne.

Ce qui est intéressant dans le modèle transactionnel de Farmer, c'est que celui-ci inclut le biopsychosocial ainsi que d'autres théories propres au service social. La conception se fait au travers de l'approche écologique avec une perspective de la personne dans son environnement. Lorsqu'elle parle de l'environnement, Farmer ajoute une idée intéressante qui aide à mieux comprendre l'interaction entre les systèmes : « L'environnement fait référence à l'ensemble entourant la personne, tout ce qui est externe à celle-ci mais qui, en fait, en est venu à faire partie d'elle-même » (Farmer, 2005, p. 39). On revient ainsi à la notion de perception de la réalité construite et comprise telle que présentée par Adler (2009) qui nous rappelle que l'environnement influence la perception que se fait la personne de qui elle est, sa conception du bien-être et comment elle interagit avec les personnes et les systèmes qui l'entourent.

3.4. L'approche humaniste de Carl Rogers

L'approche humaniste est une approche qui vise à amener l'humain à prendre ses propres décisions, en toute autonomie.

3.4.1. L'approche humaniste de Carl Rogers de 1950

La voie de l'approche humaniste a été ouverte à partir de la fin des années 1950 par Carl Rogers, créateur de l'Approche Centrée sur la Personne (ACP) encore connue sous le nom de psychothérapie non directive.

Le mot « Humanisme » vient du terme latin « humanitas » qui signifie à l'origine « culture ». C'est important car la culture, les lois de la culture ne sont pas toujours identiques aux lois de la nature. L'Humanisme est avant tout un courant culturel européen qui place l'homme et les valeurs humaines au-dessus de toutes les valeurs. Le nom de ce courant a été donné à posteriori, au XIXe siècle.

En réalité, le mouvement a commencé au XVe siècle en Italie, principalement à Florence au moment de la Renaissance. Cette époque est marquée par de grands bouleversements dans différents domaines : artistique, scientifique, philosophique. Un monde nouveau est en marche.

Le mouvement commence dans le monde des arts avec la libération de l'expression artistique. Par exemple, jusqu'à cette époque, les seules représentations picturales de la femme sont celles des Madones, les célèbres Vierge à l'enfant peintes par de très grands maîtres. Or, nous pouvons voir chez un peintre comme Giovanni Bellini qu'il commence sa carrière en peignant des Madones et la termine en peignant des femmes nues. Ce concept de liberté est très important dans l'esprit humaniste. Il marque une véritable césure avec la période précédente, celle du Moyen Age, même s'il y a eu des moments de renaissance durant le Moyen Age.

Sans entrer trop dans le détail car nous n'en avons pas le temps, il est important aussi de dire qu'à cette époque, certaines grandes découvertes vont réintroduire le relativisme dont je parlais au début. Ainsi, par exemple, les découvertes de nouveaux mondes vont favoriser les échanges commerciaux, mais bouleverser l'ordre politique.

Des alliances vont se créer, mais aussi des rivalités entre les différents pays européens. Les massacres opérés dans le Nouveau Monde, la rencontre avec l'étranger amène à se poser des questions sur soi, des questions sur son « humaine condition » dira Montaigne. La découverte de Copernic confirmée par Galilée qui place le soleil au centre de notre galaxie et plus notre terre comme les anciens le pensaient est comme le dira plus tard Freud une énorme blessure narcissique infligée à l'homme.

Le courant humaniste est considéré comme un courant qui unit les penseurs de la Renaissance. Tous ces hommes communiquent entre eux, voyagent et sont animés par une même soif d'apprendre, de découvrir l'homme et le monde dans lequel il vit.

3.4.2. Le postulat de l'approche humaniste

« La démarche humaniste apparaît tout d'abord comme une approche historique. L'être humain est un être engendré, il s'inscrit dans une histoire. Cette histoire sera réécrite dans la relation thérapeutique avec l'espoir d'en corriger certaines failles et d'en résoudre certains conflits » (Patrick Traube, 2004). La démarche humaniste est aussi une démarche holistique (qui vise la totalité de l'être) et systémique. Elle a favorisé des recherches, des nouvelles théories et l'émergence de nouvelles approches thérapeutiques valorisant le corps et la communication non verbale.

Elle a été développée pour favoriser le développement de soi, dans une vision positive de ses capacités. L'approche humaniste considère que tout être humain est bon et qu'il peut se servir de cette base pour faire des choix en accord avec ses valeurs et éviter ainsi les comportements violents.

Elle s'appuie sur une conception positive de la personne. C'est l'idée qu'il existe en chacun une dynamique naturelle, une capacité de créativité renouvelée, qui agit en vue de la réalisation de son potentiel.

L'approche humaniste repose sur le postulat que chaque être humain est unique et a les capacités d'être autonome, de se développer et de réaliser son potentiel

Chaque individu est un organisme vivant qui, sous l'effet de la poussée de vie, est appelé à épanouir pleinement ses capacités humaines. Pour les psychologues américains, le courant humaniste est considéré comme « la troisième force » qui s'oppose aux deux autres « forces » : au mécanisme béhavioriste, issu des laboratoires universitaires, qui refusait d'inclure la conscience parce qu'elle n'est pas mesurable, et à la psychanalyse, jugée trop pessimiste, parce qu'elle est née à partir d'un modèle médical concernant la maladie mentale.

En effet, à la différence de la théorie freudienne qui oppose au « Ça », jugé trop tumultueux, l'ordre apporté par la civilisation, le courant humaniste reconnaît l'être humain comme capable dans sa nature profonde de s'auto-crée en permanence grâce à son interaction avec le monde et à ses ressources internes qui siègent dans l'inconscient. Le but de la psychologie humaniste est d'élaborer une description la plus complète possible de ce que l'on entend par vivre en tant qu'homme ou femme et de comprendre les conditions de réalisation optimum de ses potentialités.

En ce sens, elle encourage chacun à se connecter à ses sensations afin de se relier au processus interne ; elle soutient les notions de respect de la personne, de responsabilité et de liberté de ses choix ; elle appuie l'authenticité de l'expression, le besoin de développement de l'être, sa capacité à être créateur et son courage à se dépasser ; enfin, elle donne toute son importance à la relation existentielle en la considérant comme constitutive de l'être.

L'approche humaniste utilise des techniques de développement personnel, des thérapies de groupe et la communication sensorielle.

3.4.3. Le mouvement du potentiel humain

L'origine de ce qu'on appelle communément aujourd'hui « développement personnel » se trouve dans des enjeux de concurrences et luttes professionnelles dans le champ de la santé mentale aux Etats-Unis (tels que les a analysés Andrew Abbott, dans *The System of the Professions* (University of Chicago Press, 1988) qui aboutissent à l'invention des thérapies brèves et humanistes aux Etats-Unis dans les années 1940 à 1960. Alors que le champ est dominé par les médecins, psychiatres (en majorité behaviouristes) ou analystes, des psychanalystes dissidents au modèle freudien et des psychologues, relégués au « dirty work », dénoncent les perspectives jugées mécanistes du comportementalisme et déterministes de la psychanalyse, et proposent de nouvelles formes de thérapies. Celles-ci proposent deux ruptures épistémologiques :

La première consiste à raccourcir la durée de la thérapie : c'est l'invention des « thérapies brèves », qui définissent des objectifs très pragmatiques et une échéance à la thérapie, qui délaissent les raisonnements de type pourquoi au profit du comment, qui réclament l'implication du thérapeute, développent le travail de groupe, favorisent l'expression émotionnelle et corporelle. Parmi ces « nouvelles thérapies », les thérapies dites humanistes sont à l'origine de la seconde rupture épistémologique : elles tendent à effacer l'opposition entre santé et maladie en ne s'adressant pas seulement aux personnes souffrant de pathologies psychiques mais à tous. On parle alors de thérapies à visée instaurative (et non curative) qui s'attachent à favoriser le « développement » de la personne (et non à supprimer un symptôme).

Cette rupture se construit dans les années 1950 autour d'Abraham Maslow, Rollo May, Gordon Allport, et Carl Rogers ; elle est portée par une conception optimiste de l'homme, considéré dans une unité, comme un sujet, responsable de ses choix, capable de « croissance », de « développement » et de « réalisation ».

Par ces deux ruptures épistémologiques, le pas entre psychothérapie et « développement personnel » est franchi : tout un chacun peut alors entamer une thérapie pour obtenir un « mieux-être », pour « se réaliser », « s'accomplir », etc. Ce faisant, ces acteurs ouvrent complètement le marché de la santé mentale. Leurs thérapies, brèves, pragmatiques, centrées sur la personne, davantage empiriques que théoriques, vulgarisatrices, trouvent un accueil très favorable dans la Californie des années 1960-1970, foyer d'une contre-culture naissante (développement du mouvement Hippie, New Age, etc.).

Plus particulièrement, elles sont l'objet d'expérimentations et appropriations multiples dans le « Centre permanent de développement du potentiel humain » créé à Esalen en 1961, appropriations qui aboutissent à la création d'une multitude de techniques et méthodes thérapeutiques, et à la création de centaines d'écoles (parmi les plus connues, on trouve notamment l'analyse transactionnelle, la bioénergie, la thérapie primale, la Gestalt thérapie, le « rebirthing », etc.).

C'est ainsi que le « développement personnel » est caractérisé par ce processus d'appropriations diverses de courants psychologiques, de méthodes thérapeutiques, de pratiques quotidiennes de « souci de soi », par des acteurs aux profils et aux pratiques extrêmement hétérogènes, et dont les seuls traits communs étaient (sont) la conception unifiée et optimiste de l'homme défendue par la première génération des psychologues humanistes, et l'objectif de « mieux être » pour tout un chacun. Toute cette dynamique donne au « développement personnel » un caractère hybride, protéiforme, susceptible de s'adapter à des situations et contextes très hétérogènes.

Le mouvement du potentiel humain cherche à aider l'être humain à développer et vivre son aspect créatif. Ainsi, il vise à le faire accéder à ses capacités innées inexploitées. Il s'agit alors de pouvoir se vivre positivement. En effet, l'objectif annoncé des séminaires de « développement personnel » est de favoriser, par le biais d'outils d'inspiration psychologique, une plus grande « connaissance de soi ». Aux arguments, adressés aux individus de confiance et d'épanouissement personnels dans une période d'incertitude, correspondent pour les organisations des arguments de plus grande adaptation et efficacité dans un contexte de concurrence accrue. Ainsi, le « développement personnel » en entreprise reposerait sur le principe d'une rencontre et d'une adéquation entre un besoin individuel d'« interprétation de soi », et un besoin organisationnel de mobilisation de la subjectivité au travail.

Ce principe repose sur un certain nombre de postulats selon lesquels une plus grande « connaissance de soi » (Alain Early, 1994) permettrait de manière mécanique une plus grande initiative et adaptabilité personnelles et des relations interpersonnelles harmonieuses pour finalement, par agrégation des efficacités individuelles et relationnelles, produire une efficacité collective et organisationnelle.

Le recours au « développement personnel » s'inscrit, comme dans la décennie précédente, dans une perspective privilégiant l'action sur soi par l'individu plutôt que sur l'organisation et le contexte. Ceux-ci sont d'ailleurs pensés désormais davantage comme des données – sur lesquelles on ne pourrait avoir prise et qu'il faudrait accepter – que comme des construits sociaux. Cette dernière idée est renforcée par l'approche cognitivo-comportementale alors dominante, qui conduit à penser le changement social comme un produit des changements « intérieurs ».

Il faut noter ici une évolution significative des stages issus du « mouvement du potentiel humain », évolution liée aux concurrences scientifiques et professionnelles dans le champ de la santé mentale mais aussi aux contextes idéologiques : dans les années 1970, période de contreculture, ces stages encore rares et peu institutionnalisés) s'appuyaient essentiellement sur des méthodes psychocorporelles (bioénergie, cri primal, etc.) et cherchaient, par un travail sur le corps et les émotions, à éviter toute tension et se protéger d'un monde jugé inhibant, liberticide et aliénant.

Dans les années 1980, caractérisées par un reenchantement de l'entreprise, les stages de « outdoor », de PNL ou « transpersonnels » visaient le dépassement de soi, qu'il soit physique ou spirituel, au service de l'entreprise. Dans les années 1990, marquées par les restructurations industrielles et l'incitation aux « carrières nomades », et alors que les sciences cognitives connaissent un succès considérable, les séminaires de « développement personnel » visent l'affirmation d'une identité professionnelle et personnelle, détachée d'appartenances durables. Ils prennent comme objet d'intervention le cerveau, les croyances et représentations personnelles des stagiaires qui devraient se défaire des pensées « négatives », « limitantes », ou « paralysantes », les « déprogrammer », et les remplacer, « reprogrammer », par des croyances « positives », « dynamisantes », « aidantes ».

Les méthodes de « développement personnel » des années 1995-2005 ne visent donc pas à transformer la réalité extérieure mais bien l'expérience personnelle. Partant de ce

postulat, on peut donc dire que courant dominant de la psychologie humaniste, le mouvement du potentiel humain, repose sur l'idée que les ressources de l'individu sont étouffées.

Il s'agit donc de favoriser l'élargissement de sa perception, de sa conscience corporelle, et sa communication avec autrui, à travers des techniques de développement qui visent moins à guérir une maladie qu'à libérer et épanouir ses potentialités, réprimées par l'environnement, en particulier par les normes sociales. Ce mouvement repose sur l'idée que le potentiel humain de tout individu est sous-exploité et est axé sur l'élargissement de la perception, de la conscience corporelle et de la communication avec autrui, à travers des techniques de développement qui visent moins à guérir une maladie qu'à libérer et épanouir le potentiel de chacun, réprimé par l'environnement et principalement par les normes sociales.

3.4.4. La Gestalt-thérapie,

La Gestalt-thérapie, pour citer une de ces approches, est née dans les années cinquante aux Etats-Unis, elle est arrivée en Europe dans les années 70. S'inscrivant dans le courant de la psychologie humaniste, existentielle et relationnelle, elle vise à développer l'autonomie, la responsabilité et la créativité. La Gestalt-thérapie ne limite pas l'humain à une vision individualiste, mais s'intéresse aux interactions de l'individu avec ses environnements, qu'ils soient personnels, professionnels ou sociaux. Elle a de l'homme une vision holistique et favorise le dialogue constant entre pensées, émotions et sensations corporelles.

Fondée par Frederic Perls, qui est sous-tendue par une vision globale de l'être humain : il s'agit d'être en contact avec ses ressentis et besoins afin de vivre en harmonie avec soi et son milieu. « *La gestalt a une grande confiance dans la sagesse biologique de notre organisme et admet que l'organisme et son environnement forment une inséparable unité.* » (Elan Shapiro, 2002).

Pour expliquer les origines de nos difficultés, la gestalt-thérapie réhabilite le ressenti émotionnel et corporel et, en accueillant ce qui émerge « ici et maintenant », place la temporalité au centre de son dispositif, permettant la mise en perspective du passé, du présent et de l'« à-venir ». De plus, elle propose d'expérimenter des pistes de solution dans la libre construction d'un sens : à la recherche du savoir pourquoi, elle ajoute le « sentir comment et vers quoi », mobilisateur de changement.

En effet, le système d'illusion, le Moi, les complexes sont alimentés par les tensions créées par les gestalts inachevées. Aussi le travail de l'interventionniste est-il orienté vers

l'expérience vécue, au sein de la situation thérapeutique, de ces gestalts inachevées, à travers le sentiment d'impasse, le ressenti de ce que le patient évite et de ce qu'il désire. Le patient va, dans le cadre de la thérapie, répéter ses comportements, ses attitudes les plus fondamentales : « La répétition compulsive n'est pas orientée vers la mort, avance Perls, mais dirigée vers la vie ; c'est une tentative répétée pour maîtriser une situation difficile. Les répétitions sont des investissements en vue de l'achèvement d'une gestalt, afin de libérer son énergie pour grandir et se développer. »

C'est pourquoi il n'est pas besoin d'aller reconstituer l'histoire du patient ; c'est dans l'ici et maintenant que s'expriment et s'actualisent les conflits du sujet (le maintenant inclut: l'expérience, l'engagement, le phénomène de la conscience). De même, pour Perls, le pourquoi n'a pas beaucoup d'intérêt : ce qui importe, ce n'est pas tellement de trouver les causes qui font que le sujet est ce qu'il est, mais de comprendre comment il fonctionne, quelle est la structure de la gestalt qu'il manifeste : « Ce sont les deux pieds sur lesquels repose la gestalt-thérapie : le maintenant et le comment. » La prise de conscience du « comment » se fait en suivant très attentivement l'accompagnement émotionnel et somatique de l'expérience psychique à mesure qu'elle se déroule.

Le corps et l'émotion renseignent le sujet sur ses sentiments véritables, sur ses peurs, sur ses besoins, alors que souvent le discours s'égaré dans les rationalisations, les à-peu-près, les faux-fuyants. Pour cette raison, le thérapeute va toujours recentrer le patient sur ce qu'il ressent dans l'instant, plutôt que sur ce qu'il pense ou a pensé. De même, il va l'encourager à prendre la responsabilité de ce qu'il éprouve (à dire par exemple « je ne veux pas », plutôt que « je ne peux pas ») et à accepter des sentiments que, d'habitude, il refuse ou fuit « reste sur ce sentiment »).

On comprend donc au travers de ces modèles que toute la psychologie humaniste repose ainsi sur cette notion de mouvement de vie qui pousse à la réalisation d'un potentiel unique en chacun : Jacob Lévy Moreno parle d'« élan vital » ; Wilhem Reich (végétothérapie) de « flux organique » ; Alexander Lowen (Analyse bio-énergétique) d'« énergie vitale du corps » ; Frédéric Perls de « suivre son processus »...

En raison du regard qu'elle tourne vers la source de vitalité dans l'être, la psychologie humaniste entre en contact avec d'autres disciplines, qui a priori sont étrangères à la psychologie : les nouvelles sciences (astrophysique, physique quantique, biologie moléculaire, neurosciences...), les médecines alternatives holistiques, les approches

artistiques, toutes les techniques de mieux-être et aussi... l'écologie. Pour un auteur comme Andy Fisher, par exemple, la confiance en la « sagesse biologique de notre organisme » rencontre à ce niveau la recherche d'une relation plus équilibrée avec la nature. Intérieur et extérieur se rejoignent, les fractures au cœur de notre psyché apparaissant comme le pendant des fractures entre les êtres humains et leur environnement.

On comprend que le mouvement du potentiel humain ait joué un rôle important dans l'émergence de l'éco psychologie car à la différence du courant psychanalytique de cette époque, il appréhendait l'être humain dans son rapport avec son environnement sociétal. Alors que la psychanalyse s'efforçait surtout de comprendre les mécanismes intrapsychiques pour expliquer la souffrance et les troubles mentaux de certaines personnes (mais des chercheurs comme Sandor Ferenczi ou Erich Fromm allaient déjà plus loin), le mouvement du potentiel humain, quant à lui, accordait d'emblée de l'importance à ce qui peut entraver ou, au contraire, favoriser le développement de l'être. Dans cette première partie il est question de présenter la partie intitulée la problématique de l'étude ou nous avons abordé au chapitre 1 : la problématique, le cadre conceptuel et le cadre théorique. Alors dans cette seconde partie il sera question de présenter la méthodologie à entreprendre, les résultats obtenus, l'analyse, l'interprétation et la discussion.

**DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE,
RESULTATS, ANALYSE, INTERPRETATION ET
DISCUSSION**

CHAPITRE 4 : LE CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.

La présentation du cadre théorique de notre étude, il s'agit dans le présent chapitre de présenter la méthodologie de notre étude. De l'avis de Zumatwo Some cité par Yekeye (2001) « la méthodologie est l'ensemble des démarches, approches, réflexions, organisations, hypothèses, susceptibles de permettre d'atteindre un objectif pédagogique ou de recherche à caractère scientifique ou un autre ». C'est aussi et surtout l'ensemble des procédés, des techniques que le chercheur utilise pour mener son enquête, collecter les données nécessaires à la recherche.

Ce chapitre permettra de préparer et d'organiser les méthodes requises pour collecter les données sur le terrain. À cet égard, il convient de présenter le type de recherche, la population de l'étude, la description de l'instrument de collecte des données et les instruments d'analyse.

4.1. Rappel du problème de la recherche.

Après nos observations théoriques et empiriques, le problème qui se pose dans cette étude est celui de l'addiction aux substances psychoactives des adolescents en situation de détresse psychologique. Ainsi la question de recherche que nous avons formulée est en lien avec intérêt à mieux cerner et résoudre ce problème.

4.1.1. Rappel de la question de recherche de notre étude

Nous rappelons ici la question de recherche et l'hypothèse générale afin d'explicitier nos variables. Ainsi se comprendra mieux notre démarche.

Nous avons formulé la question de recherche suivante : comment la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives peut-elle être orientée par les déterminants de la détresse psychologique des adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé ? Cette question nous a guidé vers une revue de la littérature conséquente et des investigations théoriques dont nous avons résumé le débat dans l'hypothèse générale.

4.1.2. Rappels de l'hypothèse de notre l'étude

L'hypothèse constitue selon Oumar Aktouf (2014), un point de soubassement, la fondation préliminaire de ce qui est à démontrer ou à vérifier sur le terrain. C'est en quelque

sorte une base avancée de ce que l'on cherche à prouver. C'est la formulation pro-forma de conclusions que l'on compte tirer et que l'on va s'efforcer de justifier et de démontrer méthodiquement et systématiquement.

L'hypothèse générale de cette étude est la réponse provisoire à la question principale de recherche. Elle est formulée de la manière suivante : la remédiation aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé est orientée par certains déterminants de la détresse psychologique (la tristesse, l'anxiété et la dévalorisation de soi) lorsque ceux-ci sont pris en compte dans un protocole thérapeutique.

De cette hypothèse générale découle des hypothèses de recherche (HR) :

HR₁ : La tristesse oriente la remédiation aux substances psychoactive chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

HR₂ : L'anxiété oriente la remédiation aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

HR₃ : La dévalorisation de soi oriente la remédiation aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

Tableau 2 : Représentation synoptique des variables, variables, des modalités et indicateurs.

Hypothèse générale	Hypothèses spécifiques	Variable indépendante	Modalités	Indicateurs
La remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé est significativement influencée par certains déterminants de la détresse psychologique lorsque ceux-ci sont pris en compte dans le protocole	Hypothèse spécifique 1 : la tristesse influence la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé	Remédiation aux substances psychoactives	Modalité 1 : Tristesse	<ul style="list-style-type: none"> • Mélancolie • Déception • Découragement

thérapeutique.				
	Hypothèse spécifique 2 : l'anxiété influence la remédiation aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé		Modalité 2 : Anxiété	<ul style="list-style-type: none"> • Etat de panique • Inquiétude pénible • Incertitude
	Hypothèse spécifique 3 : la dévalorisation de soi influence la remédiation aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé.		Modalité 3 : Dévalorisation	<ul style="list-style-type: none"> • Faible estime en soi • Faible confiance en soi • Le sentiment de rejet
			Modalité 4 : La remédiation cognitive.	<ul style="list-style-type: none"> • Remédiation intégrée • L'intersection entre la médiation cognitive. • La remédiation différée • Intervention plus conséquente. • Reconstruction complète.
			Modalité 5 : Remédiation par anticipation	<ul style="list-style-type: none"> • Forme proactive • Forme interactive • Forme rétroactive • Retard scolaire.

4.1.3. Définition des variables, modalités et indicateurs

Dans l'optique d'établir le lien entre la formulation des hypothèses et la corrélation entre nos variables, il est important de définir nos variables obtenues à partir de l'opérationnalisation de nos hypothèses, les modalités et leurs indicateurs.

4.1.3.1. Variables

Par définition, une variable est un phénomène, une donnée, voir même l'aspect d'une personne ou d'une situation qui peut varier. C'est le contraire de constance. Elle peut être simplement une donnée constitutive ou quelque chose qui varie c'est-à-dire prendre plusieurs valeurs ou catégories (Fonkeng et al. 2014, p.78). La variable peut être également considérer comme une entité manipulable que le chercheur prend comme un dessein pour atteindre l'objet principal de sa recherche. Dans notre travail, nous allons définir la variable indépendante (VI) et la variable dépendante (VD) qui constitue la colonne vertébrale de notre recherche.

Variable indépendante est la cause qui fait fluctuer la variable dépendante. On croit souvent que la variable indépendante est responsable d'un effet particulier que le chercheur veut obtenir.

Variable dépendante est l'effet présumé. Elle constitue la variable principale qui intéresse le chercheur. Elle est le plus souvent inspirée par le problème de recherche et constitue la variable sur laquelle le chercheur veut contrôler l'effet (Fonkeng et al. 2014).

4.1.3.2. Modalités et indicateurs

Les modalités sont des éléments qui rendent plus opérationnelles les indicateurs d'une variable.

Ainsi l'indicateur est ce qui permet de reconnaître une variable. C'est une valeur, un indice, un élément ou une donnée qui reflète l'opérationnalisation des variables. Il est nécessaire dans une étude de traduire les concepts, les notions d'indicateurs ou les variables clés (VI et VD) en indicateurs mesurables. C'est ce qui rend l'étude opérationnelle, faisable, falsifiable et reproductible (Fonkeng et al. 2014).

4.1.3.3. Définitions des méthodes d'approches.

Notre travail s'inscrit dans une démarche qualitative. La méthode qualitative. La méthode qualitative met l'accent sur le contexte plutôt que sur l'expérimentation et permet au chercheur d'observer les différentes interactions sur le terrain naturel. Il est question pour nous dans cette recherche d'étudier le comportement des adolescents en situation de détresse psychologique dans leur milieu de vie naturel pour ainsi vérifier nos hypothèses. Nos données reposent sur les entretiens et la grille d'observation. Le recueil de données a été effectué sur le terrain.

4.1.3.4. Justification de la méthode de recherche.

La méthode qualitative a été privilégiée dans cette étude par ce qu'elle ne fournit pas les données quantifiables, mais prend en compte le point de vue du sujet lui-même. De plus à travers la méthode qualitative, nous pouvons recueillir les données tel que le ressenti, les opinions et tenir également du point de vue du sujet lui-même. Etant donné que nous nous intéressons au changement de comportement de l'adolescent en situation de détresse psychologique dans cette étude, la méthode qualitative paraît pour nous la plus efficace. Elle donne un aperçu du comportement et des perceptions des adolescents et nous permet également d'étudier les opinions sur la qui nous intéresse. De plus, elle nous permet non seulement de générer des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question est perçue par les adolescents addicts en situation de détresse psychologique qui constitue notre population cible, mais aussi de définir ou cerner l'opinion liée à cette question.

Par ailleurs, le type de recherche permet de formuler des questions pour des recherches futures, de produire de nouvelles idées ou hypothèses. Il permet de contrôler une théorie, produire et enrichir l'explication d'une théorie. Dans le cadre de cette recherche, très peu d'études, à ce jour ont eu comme objectif premier d'étudier le concept de détresse psychologique et remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents, notre étude ici vise non seulement à éprouver des hypothèses précises. Cette recherche a pour objet de comprendre les stratégies de la remédiation après avoir vécu un événement traumatisant qui met le sujet en déséquilibre social et qui le pousse à l'usage des substances sous prétexte de solution. A cet effet, elle analyse et cherche à comprendre l'impact de l'un sur l'autre.

D'après la nature de notre sujet d'étude et en relation avec nos hypothèses de recherches, nous avons choisi de reposer notre recherche sur une méthode qualitative. Celle-ci a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication. Cette recherche est intensive par ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons qui sont étudiés en profondeur, elle permet de rechercher le sens et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux. La méthode qualitative s'avère pertinente puisqu'elle « ouvre la voie à une connaissance intériorisée des dilemmes et des enjeux auxquels les personnes font face ». Fortin, (2010 :66).

4.1.3.5. Méthode d'analyse et d'interprétation des données.

La méthode d'analyse renvoie à la technique choisie pour rendre compte des données recueillies sur le terrain. Il s'agit de la façon dont nos données seront traitées pour ainsi tirer de conclusion fiables. Comme nous avons opté dans cette étude l'entretien semi-directif et la grille d'observation comme les instruments de collecte de données fiables et adaptés. Il sera donc question pour nous d'utiliser une analyse thématique et de contenu de type qualitative basé sur le compte rendu des entretiens semi-directifs. Car comme rappelle Krippendorff (2003), l'analyse des données qualitatives au sein des techniques d'analyse de contenu est la plus adéquate pour étudier les interviews ou les observations qualitatives. Elle repose essentiellement sur la retranscription des données qualitatives, l'élaboration d'une grille d'analyse, le codage des informations recueillies, et le traitement des informations. Nous avons utilisé un enregistreur afin de faciliter le travail de retranscription.

4.1.4. Le mode opératoire

Dans ce sous-titre, nous présentons l'opérationnalisation des variables, indépendante et dépendante de notre étude. Les concepts multidimensionnels seront décomposés en dimensions, auxquelles à partir de la revue de la littérature, nous avons listé des mesures et des questions, ce qui nous permettra d'avoir des concepts mesurables. L'instrument de collecte de données est l'entretien semi directif. L'hypothèse générale ci-dessus dégage deux types de variables : une variable indépendante (VI) et une variable dépendante (VD).

Ce sont ces deux concepts opératoires variables qu'il faut définir en allant apparaitre les modalités et les indicateurs.

Notre variable indépendante (VI) d'étude est : Détresse psychologique

Elle compte trois modalités qui sont :

✓ Modalité 1 : Tristesse

-Indicateurs :

- Mélancolie
- Déception
- Découragement

✓ Modalité 2 : Anxiété

-Indicateurs :

- Etat de panique
- Inquiétude
- Incertitude

✓ Modalité 3 : Dévalorisation de soi

-Indicateurs :

- Faible estime de soi
- Faible confiance en soi
- Le sentiment de rejet.

Notre variable dépendante (VD) d'étude est : Remédiation à l'addiction aux substance psychoactive.

Elle compte deux modalités qui sont :

✓ Modalité 1 : la remédiation cognitive

-Indicateurs :

- Remédiation intégrée,
- L'intersection entre la médiation cognitive.
- Remédiation différée
- Intervention plus conséquente
- Reconstruction complète.

✓ Modalité 2 : remédiation par anticipation

- Indicateurs :

- Forme proactive
- Forme interactive
- Forme rétroactive
- Retard scolaire
- Reconstruction complète des cours.

4.2. Méthode de collecte des données

Tribble (2014), indique que la méthode est la pierre angulaire de la recherche appliquée en sciences humaines, sociales ou de la santé car c'est elle qui oriente le chercheur dans la réalisation d'un projet. Elle soutient le processus de réflexion en fonction du contexte dans lequel s'inscrit le projet, soit tenir compte de la question de recherche, du phénomène et de la population de l'étude. Creswell (2014) souligne que les designs de la recherche sont les types d'investigation aux approches qualitatives, quantitatives et méthodes mixtes qui fournissent une direction spécifique pour les procédures dans une conception de recherche.

Nous nous proposons ici de présenter le type d'étude, le site de la recherche, la population d'enquête, la technique d'échantillonnage, l'instrument de recherche ainsi que l'outil d'analyse des données.

4.2.1 Type d'étude

D'après la nature de notre sujet d'étude et en relation avec nos hypothèses de recherches, nous avons choisi de reposer notre recherche sur une méthode qualitative. Nous pensons en effet que pour parler des stratégies de remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents réinsertion, la recherche qualitative est à privilégier puisqu'elle permet, selon un contact direct avec le terrain pour ainsi récolter des données plus riches et profondes. La méthode qualitative s'avère pertinente puisqu'elle « ouvre la voie à une connaissance intériorisée des dilemmes et des enjeux auxquels les personnes font face ». Le mode qualitatif fournit des données de contenu, et non des données chiffrées (Fortin, 2010, p.13).

Elle se caractérise par une approche qui vise à décrire et à analyser, à explorer les performances d'une personne, la culture et le comportement des humains et de leurs groupes, évaluer une action. Par conséquent, elle insiste sur la connaissance complète ou holistique du contexte social dans lequel est réalisée la recherche, s'intéresse aux significations et interprétations que l'individu se fait de son environnement. Il s'agit de présenter en conséquence la procédure de la réalisation et de la faisabilité de notre étude tout en commençant par le site de l'étude, la population cible, population accessible et échantillon. Georges et al. (2014 :9).

4.2.2. Présentation du site de l'étude

Le site de l'étude est l'espace dans lequel se déroule une recherche. À ce titre Gravel (1978) affirme que « la connaissance du milieu physique et humain est essentielle dans la perception et la compréhension des faits sociaux » (p.6). Le site de l'étude est le lieu géographique et socioculturel où est installée la population auprès de laquelle l'étude va avoir lieu. Son choix est en fonction du problème de l'étude, de l'objectif visé et des hypothèses testées (Fonkeng et al 2014) « Elle permet de saisir l'influence du milieu sur l'homme et mieux comprendre les différentes formes d'organisation sociale » (p.83). Alors dans ce travail le site choisis est l'hôpital Jamot de Yaoundé au Cameroun.

4.2.2.1. Présentation de l'hôpital Jamot.

L'Hôpital Jamot de Yaoundé est une formation sanitaire de deuxième catégorie, suivant le Décret N°2013/090/ du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique.

Dans le cadre du développement des Pôles d'Excellence, cet hôpital reste une Institution spécialisée à la prise en charge des maladies respiratoires et mentales. La prise en charge des PVVS est assurée localement par le Centre de Traitement Agréé (CTA), de même que la Tuberculose multi résistante comme complication du VIH/SIDA, sous les Directives du Ministère de la Santé Publique à travers le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) et le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) respectivement.

L'Hôpital Jamot de Yaoundé est situé dans la partie Nord de la capitale, encastré entre l'immeuble siège de la CRTV, la Société Nationale des Hydrocarbures (SNH) et l'Entreprise DRAGAGES. Il s'étend sur une superficie de 5,21 hectares.

Cet hôpital oit son nom au Docteur Eugène Jamot, Médecin militaire français qui vécut de 1879 à 1937. Eugène Jamot est un Médecin qui a joué un rôle majeur dans la prévention de la maladie du sommeil au Cameroun et dans d'autres pays africains.

Il est né dans le hameau de la Borie, qui fait partie de la commune de Saint-Sulpice-les-Champs, dans la creuse *département* du centre de la France. Jamot a suivi une formation de médecin à l'Université de Montpellier. En 1909, il s'inscrit à l'Ecole de Médecine Tropicale de Marseille et un an plus tard, en 1910, il arrive au Cameroun avec un groupe d'hygiène coloniale française.

Ils se sont joints à des scientifiques allemands qui avaient organisé un groupe de recherche sur la maladie du sommeil et de son traitement. Jamot découvre que la mouche Tsé-Tsé est le vecteur des trypanosomes causant l'affection.

En envoyant de multiples équipent d'intervention publiques de santé dans les villages, l'équipe de Jamot a considérablement réduit l'incidence des trypanosomes c'est-à-dire sa transmission au Cameroun et donc la maladie.

Plus tard Jamot a été nommé Directeur de l'Institut Pasteur à Brazzaville. Il est décédé le 7 Avril 1937, dans le village de Sardent, Creuse, à l'âge de 58 ans.

L'équipe mobile de Jamot est basée dans la banlieue de Yaoundé (de l'époque), à

l'emplacement actuel du Centre Jamot face au MINSANTE-DPS. L'évolution des activités de ce Centre, notamment avec l'apparition de nouvelles pandémies va entraîner la division du Centre Jamot en deux entités :

1. La léproserie et ses services connexes, qui continuent d'assurer les activités de vaccination, de suivi des personnes vivantes avec la lèpre et leurs familles, de suivi de la fourniture des prothèses orthopédiques, etc.
2. L'Hôpital Jamot annexe n°1 de l'Hôpital Central de Yaoundé, qui sera chargé de la prise en charge des affections respiratoires et mentales.

C'est l'Hôpital Jamot annexe n°1 de l'Hôpital Central de Yaoundé qui sera érigé en Hôpital de deuxième catégorie selon la classification des établissements sanitaires publics en vigueur au Cameroun - à la suite du Décret n°89-011 du 05 Janvier 1989.

Comme les autres établissements de même catégorie, il est rattaché directement au Cabinet du Ministre de la Santé Publique conformément au Décret n°2002/209 du 19 Août 2002 (Article 121 de l'organisme du Ministère de la Santé Publique).

Depuis sa création, il a tour à tour été administré par :

1. Dr KESSENG MABEN G. de Janvier 1989 à Août 1993
2. Dr NDONGO EBANA Théophile Richard de Septembre 1993 à Avril 2003
3. Dr AYISSI Christophe de Mai 2003 à Septembre 2009
4. Dr ZOA NANGA Yves Mathieu de Décembre 2009 à Décembre 2015.
5. Dr ZE Jean Jacques de décembre 2015 à Juillet 2016
6. Pr MENDIMI NKODO Joseph Marie d'aout 2016 à nos jours.

L'Hôpital Jamot de Yaoundé est en pleine mutation depuis 2004, avec une vision futuriste pluri- annuelle soutenue par des actions locales concrètes et une volonté politique permettant de rêver d'un centre de référence d'ici 2035.

Malgré les résultats encourageants obtenus entre 2005 et 2012, il existe encore des faiblesses d'origines diverses, dont les corrections pourraient se poursuivre pendant des années sans des actions soutenues et concrètes.

4.2.2.2 Organisation de l'hôpital Jamot de Yaoundé

L'Hôpital Jamot est placé sous l'autorité d'un Directeur, assisté : du Conseiller Médical (Département de Médecine et Spécialité) ; d'une Surveillante Générale.

Il dispose de 02 grands pôles :

1. Pôle clinique et consultations
 - Urgences/Soins Intensifs/ Infectiologie
 - Pneumologie
 - Santé mentale / Neurologie
2. Pôle support médicotechnique et autres
 - Imagerie
 - Laboratoire /Dépôt de sang
 - Pharmacie
 - Explorations fonctionnelles
 - Post mortem

Sa capacité d'accueil est de 363 lits dont 275 en Pneumologie, 83 en Psychiatrie et 06 en Consultations externes et urgences. Ces lits sont répartis dans 104 salles et chambres ayant un nombre de lit variable entre 01 et 22. Cette capacité est appelée à s'accroître avec l'augmentation de la demande.

Les services administratifs eux se résument à la Direction, l'Unité Administrative et Financière, le Conseil Médical et la Surveillance Générale.

4.2.2.3 Services medico-sanitaires

- ✓ Le Service des consultations Externes et des Urgences.

C'est la porte d'entrée des patients, où sont reçus et enregistrés les patients tout venant. Après enregistrement, les patients sont orientés : soit en Psychiatrie, soit en en Pneumologie, quand il ne s'agit pas de médecine générale. Il comporte 04 Box de Consultations médicales, 01 Bureau du Médecin Chef de Service, 01 Bureau du Major, 02 salles de soins, 01 salle de garde des médecins et 01 salle de garde des infirmiers. Il existe par ailleurs 02 salles de mise en observation avec 06 lits.

Dans l'ensemble, ce bâtiment relativement neuf, n'obéit pas aux normes de prévention de la contamination intra-hospitalière de la Tuberculose.

- ✓ La Pneumologie

La spécialité la plus importante de l'hôpital, est subdivisée en Pneumologie A et B, chacune ayant à sa tête un pneumologue expérimenté. Ces services ont une activité de consultations spécialisées, d'hospitalisation et de suivi. Il s'appuie, outre le laboratoire et l'imagerie médicale, sur les unités de Bronchoscopie, de Fibroscopie et de Kinésithérapie. L'implication de ces services est pertinente sur l'exécution du Programme National de Lutte Contre la Tuberculose qui dispose ici d'un Bureau. L'activité des Médecins de ce service est permanente au CTA dans le cadre de la prise en charge du VIH/SIDA et des comorbidités TBC/VIH.

Les services de Pneumologie assurent péniblement leurs missions de recherche, de formation initiale et de spécialisation des médecins dans ce domaine, en relation avec le MINESUP.

✓ La Psychiatrie

Dans ce domaine, le Cameroun compte 03 services, celui de l'Hôpital Laquintinie de Douala et les deux services de l'Hôpital Jamot de Yaoundé. Il dispense des consultations spécialisées, des hospitalisations et un accompagnement dans la prise en charge des toxicomanes ; il s'active pour la subdivision en unités de consultations externes, pédopsychiatrie, toxicologie, et d'hospitalisations.

Jadis utilisés pour les malades violents, les cellules sont aujourd'hui inadaptées, de même que les villas à deux places.

Le service fait régulièrement face aux problèmes des malades mentaux errants, dont la priorité est socio-économique et non hospitalière. Des réflexions sont attendues pour trouver une issue favorable, permettant à ces services hospitaliers de réaliser ses missions de soins, de recherche et de formation des futurs spécialistes.

4.2.2.4 Services d'aide au diagnostic et d'appui technique

✓ Le Service d'imagerie médicale

Il est subdivisé en deux unités de Radiologie et d'Echographie. Les radiographies sont numérisées et d'excellente qualité pour l'aide au diagnostic, grâce à l'interprétation par les médecins radiologues.

La Radiographie constitue la plus importante activité de ce service et bénéficie de la présence de 02 salles de radiographie Os-poumon contrairement à l'échographie qui devra sans doute s'améliorer avec l'acquisition d'un échographe-doppler dans le cadre du BIP.

✓ Le Service de Laboratoire

Logé dans le même Bloc que l'imagerie, ce service joue un rôle central dans la confirmation du diagnostic. Les différentes unités que sont la Bactériologie-Virologie, la Parasitologie, la Mycologie et la Biochimie.

Ce service a densifié ses activités avec l'ouverture de la banque de sang.

Il existe des unités d'appui technique parmi lesquels :

✓ La Pharmacie

Elle dispose d'un magasin et d'01 point de ventes. La gestion des stocks est informatisée, de même que la vente patiente. Une connexion existe avec les services administratifs et financiers.

✓ La Morgue

Elle assure la conservation des restes mortuaires et est ouverte à une forte demande extérieure à l'hôpital. La capacité d'accueil est de 40 places. La gestion est assistée par l'outil informatique en connexion avec les services administratifs et financiers.

Malgré les aménagements réalisés en 2010, cette morgue pose un problème crucial par sa position juste à l'entrée de l'hôpital. Problème en voie de résolution avec l'achèvement de la phase 1 (gros œuvre) de la construction de la nouvelle morgue moderne à l'arrière de l'Hôpital avec un accès en cours de négociation avec les riverains par Dragages.

✓ La Broncho-Fibroscopie

Elle participe à l'appui, au diagnostic et contribue à la réalisation des actes curatifs.

✓ La Stomatologie

Elle offre des soins dentaires mais restent très effacée sur le plan de la rentabilité, malgré la disponibilité des équipements acceptables.

✓ La Kinésithérapie

Elle offre les soins de rééducation respiratoire sur la demande du service de pneumologie. La rééducation post-traumatique est également possible, mais peu utilisée.

✓ L'Unité d'Hôtellerie

Elle offre le repas au personnel d'astreinte et aux malades du Haut Standing dans le cadre d'un contrat de prestation.

Néanmoins, les autres malades hospitalisés peuvent y avoir accès de mêmes que les personnels - hors période d'astreinte - en activité libre et personnelle.

✓ Le Parc Automobile

L'Hôpital Jamot dispose d'un véhicule et aucune ambulance.

✓ Hospitalisations

La capacité d'accueil de l'Hôpital est de 363 lits dont 275 en Pneumologie, 83 en Psychiatrie et 06 en Consultations externes et urgences. Ces lits sont répartis dans 104 salles et chambres ayant un nombre de lit variable entre 01 et 22 lits. Cette capacité est appelée à s'accroître avec l'augmentation de la demande.

✓ Les ressources humaines

En ce qui concerne les ressources humaines, l'Hôpital Jamot de Yaoundé compte au total 277 personnels répartis en 04 groupes :

- 201 fonctionnaires et contractuels ;
- 71 personnels sous contrat avec le COGE ;
- 04 personnels des affaires sociales ;

01 cadre du MINFI ;

4.3. La population de l'étude.

D'après Maurice Angers (1992, p. 238), la population est « un ensemble d'éléments ayant une ou plusieurs caractéristiques en commun qui les distinguent d'autres éléments et sur lesquels porte l'investigation ». Selon Grawitz (1979), la population d'étude désigne un ensemble dont les éléments possèdent tous une même propriété. Elle renvoie à l'ensemble des individus ayant les mêmes caractéristiques sur lesquels le chercheur mène ses investigations. La population se comprend comme étant le nombre total d'éléments, d'unités ou encore d'individus devant faire l'objet d'une étude. Selon Mucchiéli (1985), c'est « l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête ». Dans le cas qui nous préoccupe, le choix de notre population est porté sur les adolescents addictes en situation de

détresse psychologique. D'après Amin (2005), nous distinguons 3 types de population : la population parente, la population cible et la population accessible.

De plus (Angers 1992, p.238) définit la population comme un « ensemble d'éléments une au plusieurs caractéristiques en commun qui les distinguent d'autres éléments et sur lequel porte l'investigation » Pour Grawitz, c'est « un ensemble dont les éléments sont choisis par ce qu'ils possèdent une même priorité et qu'ils sont de même nature ». Il s'agit donc de l'ensemble de sujets d'observation. On a deux types de populations : la population cible et la population accessible.

4.3.1. La population cible

La population cible est l'ensemble des sujets sur lesquels le chercheur compte généraliser ses résultats. Elle est l'ensemble d'éléments ayant plus ou moins les mêmes caractéristiques et se situent à une échelle restreinte et sur lequel le chercheur appliquera les résultats de sa recherche. Dans le cadre de cette investigation, la population cible est l'ensemble des adolescents addictes aux substances psychoactives SPA et qui sont en situation de détresse psychologique de la ville de Yaoundé. C'est sur l'ensemble de la ville de Yaoundé à laquelle nous avons effectivement accès que nous avons prélevé notre échantillon.

4.3.2. La population accessible

La population accessible est celle qui est à la disposition du chercheur. Elle renvoie à une partie de la population cible qui est effectivement à la portée du chercheur. Celle de notre recherche est composée des adolescents addicts aux substances psychoactives (SPA) en situation de détresse psychologique admis à l'hôpital Jamot de Yaoundé au Cameroun. Compte tenu du fait que le chercheur interroge dans l'optique d'avoir des informations.

4.4. Échantillon et méthode d'échantillonnage

4.4.1. Échantillon

Angers (1992, p.246) définit l'échantillon comme étant « la partie de la population auprès de laquelle les informations sont recueillies ». Aktouf (1987) quant à lui, parle d'« une petite quantité d'un produit destinée à en faire connaître les qualités ou les apprécier ou encore une portion représentative d'un ensemble, d'un spécimen ». L'échantillon est donc une portion représentative de la population que le chercheur interroge dans l'optique d'avoir des informations.

Dans notre étude qui se situe dans une démarche qualitative, l'échantillon est grand et il est constitué de trente (30) adolescents en situation de détresse psychologique admis à l'hôpital Jamot de Yaoundé au Cameroun.

4.4.2. Méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage est entendue comme l'ensemble des opérations qui permettent de sélectionner un nombre réduit de sujets qui participeront à une recherche. Pour Delandsheere 1992, p.12), il s'agit de « choisir un nombre limité d'individus ou d'objet d'évènements dont l'observation permet des conclusions appréciables à la population entière à l'intérieur de laquelle le choix a été fait ».

Nous avons utilisé dans cette étude, la méthode d'échantillonnage non probabiliste, plus précisément l'échantillonnage typique. Pour avoir notre échantillon, nous nous sommes basés sur les critères suivants :

- L'âge (être âgé entre 12 et 20 ans) ;
- Être adolescent addict aux substances psychoactives ;
- Être en situation de détresse psychologique ;
- Être diagnostiqué et admis à l'hôpital Jamot de Yaoundé ;

Nous avons des adolescents addicts aux psychoactives en situation de détresse psychologique de deux sexes dont l'âge varie entre 17 et 20 ans.

4.4.3. Procédure et critères de sélection des participants de l'étude

Notre étude porte sur la détresse psychologique et remédiation à l'addiction aux substances psychoactives des adolescents. Nos participants proviennent donc des cas rencontrés à l'hôpital Jamot de Yaoundé précisément au service de la psychiatrie B. Pour faire partie de notre étude, ils doivent être soumis à certaines conditions : ce sont les critères de sélection selon une procédure rigoureuse. Nos participants, pour être sélectionnés doivent être soumis aux critères d'inclusion et d'exclusion qui suivent :

4.4.3.1. Critères d'inclusion

Pour faire partie de cette étude, il faut :

- ✓ Être un (e) adolescent (e) âgés entre 10 à 20 ans
- ✓ Être un adolescent addict en situation de détresse psychologique admis à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

4.4.3.2. Critères d'exclusion

Dans notre étude, nous avons exclu certaines personnes âgées moins ou plus de l'âge note dans notre critères de sélection. Nous avons exclu toutes personnes ne remplissant pas nos critères à savoir :

- ✓ Etre âgés moins de 10 ans
- ✓ Etre adolescents addict sans présenté les déterminants de la détresse psychologique.
- ✓ Etre adolescents addict en situation de détresse psychologique non admis à l'hôpital jamot de Yaoundé.

4.5. Les instruments de collecte des données

Il existe plusieurs instruments qui permettent au chercheur de collecter les données sur le terrain. Le choix de l'outil concernant la récolte de données s'est porté sur l'entretien semi-directif et la grille d'observation.

4.5.1. L'entretien

Aussi appelé schéma d'entrevue, c'est un instrument de collecte de données c'est un construit en vue d'interroger en profondeur une personne ou un petit groupe (Angers 1992). L'entretien doit être considéré comme situation de communication spécifique au cours de laquelle il y'a interaction entre deux personnes qui s'adrent mutuellement et volontairement la parole, et qui ont un intérêt ou un objectif commun.

L'entretien semi-directif est l'une des méthodes qui permet de récolter des données dans une recherche qualitative. Il est une technique de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. L'une de ses caractéristiques est le fait de ne pas enfermer le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies, ou dans un cadre fermé.

L'entretien permet « un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs », comme le soulignent Quivy et Campenhoudt (2006, p.174). De façon générale, l'entretien semi-directif permet de recueillir des informations telles que des faits et des vérifications de faits, des opinions et des points de vue, des analyses, des propositions, des réactions aux premières hypothèses et conclusions des évaluateurs. Il nous a donc semblé plus indiqué de choisir cet outil pour des raisons suivantes : Il est un outil qui permet au chercheur de récolter des données subjectives en toute liberté, à l'interlocuteur de nuancer ses propos et nous permet d'avoir un maximum d'objectivité.

Notre guide d'entretien qu'on retrouve en annexe, contient des questions développées et regroupées par hypothèses de recherche. Nous avons inscrit l'éléments théoriques en lien avec les questions afin de faciliter le travail d'analyse et d'avoir toujours en tête les éléments théoriques. Cet outil a été un réel support pour nous lors de nos entretiens et a contribué à leur bon déroulement. Pour les entretiens, nous avons suivi ce guide et avons également utilisé un enregistreur afin de faciliter le travail de retranscription.

Nos entretiens se sont déroulés au sein de l'hôpital Jamot plus précisément au service psychiatrie A et B externe. Nous nous sommes accordés avec les Psychologues, les médecins généraliste ainsi que les addictologues sur le jour et l'heure afin de permettre à ceux-ci d'être concentrés sur la thématique en n'étant pas préoccupée par une autre obligation. Ils ont été réalisés le même jour dans un endroit calme pour ne pas être interrompus. La durée de nos entretiens variait entre 1heure et 1heure 25 minutes.

4.5.2. La grille d'observation

La grille d'observation est un ensemble de concepts, d'habiletés ou d'attitudes dont le chercheur noterez la présence ou l'absence. Elle est destinée à servir de façon continue pour pouvoir aboutir à dresser un profil de l'élève et, finalement à l'évaluer. La grille exige de s'appuyer sur un support permettant de catégoriser les comportements de la personne observée : la grille d'observation est donc ciblée sur un objet particulier permettant d'identifier les pratiques, les attitudes d'un usager ou d'un groupe d'usager dans une situation particulière.

La grille d'observation autrement appelée cadre d'opération est un instrument de collecte de donnée élaboré dans le but d'observer un comportement donné. Cet outil qui permet de diminuer le risque d'oublis liés à une sollicitation excessive de la mémoire ou à la fatigue, voire dans certains cas, liés au manque d'expérience. Selon Angers (1992), une grille a cinq axes d'observations : le site, les participes, les buts, l'action, la durée et la fréquence.

4.5.3. Les difficultés liées au terrain.

Les principales difficultés que nous avons eu est au niveau de volume de notre instrument de collecte des données ; parfois en plein entretien les participants abandonnent complétement de continuer. De plus les termes utilisés sont également compliqués pour ces adolescents alors nous sommes obligés de reformuler afin de faciliter la compréhension des répondants.

Dans le chapitre present il était question pour nous de presenter le cadre methodologique et operatoire ou il était normal de rappeler tout d'abord le probleme de la recherche, rappel de la question de recherche de notre , rappel des hypotheses de notre étude, definitions des variables, modalités et indicateurs, la methode d'analyse et d'interpretation des données ainsi que le mode operatoire. Ensuite, la methode de collecte des données dont nous avons souligner la methode de l'étude, la presentation du site de l'étude, l'historique du site de l'étude et l'organisation de l'hopital jamot de yaoundé. En fin la procedure et criteres de selection des participants de l'étude ou nous avons presenter les criteres de selection, d'inclusion, d'exclusion, la population cible et la population accessible sans oublié l'échantillon et methode d'échantillonnage. Ici nous avons enumerer l'échantillon , la methode d'échantillonnage, les instruments de collecte des données, l'entretien, la grille d'observation et les difficultés rencontrés au terrain. De ce fait, le prochain chaipitre portera exclusivement sur la presentation et l'analyse des resultats.

CHAPITRE 5. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce chapitre se propose une tâche qui est à la fois descriptive et analytique. Dans son aspect descriptif, il renvoie à une présentation brute des données collectées sur le terrain. Sa dimension analytique présente les différentes analyses de contenu qui nous auront conduit à nos résultats terminaux. Dès lors, nous ressortons ici les données recueillies par notre instrument de recherche telles qu'elles sont fournies par le dépouillement. L'objectif ici consiste à présenter les résultats obtenus en fonction de chacune de nos propositions de recherche. Mais avant d'y parvenir, il importe pour nous de présenter les caractéristiques sociodémographiques de nos participants.

5.1. Brève présentation des participants

Nos participants sont des adolescentes et adolescents choisis dans la tranche d'âge entre 10 et 20 ans, nous avons quelques participants de l'Ouest, de Nord, Sud et du Centre de yaoundé alors la région d'origine de nos participants a été bien mentionnée ainsi que leur niveau d'éducation. Pour chaque participant nous avons noté l'heure de début et l'heure de fin. Nous avons mentionné la date et lieu d'entretien de chaque participant.

5.2. Analyse en lien avec le thème 1 sur la tristesse

Il est tout à fait normal de traverser des périodes de tristesse et de déprime au cours de l'adolescence et de la vie. Mais parfois, ce sentiment de mal-être s'installe et on a l'impression qu'on n'arrivera pas à s'en sortir seul. Cette constatation présente chez tous nos participants semble pouvoir s'illustrer par le discours du participant 1 lorsqu'il affirme : « je suis souvent triste et un peu de chose je me fâche et je refuse le dérangement ». Pour Lazarus et Folkman (1984) le stress est le reflet d'une perception chez l'individu d'une incapacité d'adaptation à un milieu dont la demande est vécue comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être. C'est tout le sens du participant 3 qui affirme : « J'ai envie de pleurer chaque jour ». Ici, le stress peut être qualifié de négatif car, vécu sur un registre de menace, de perte ou d'échec comme en témoignent les propos du participant 4 : « Je suis toujours quand l'échec survient ». On voit ici que les émotions qui caractérisent ce type de stress sont dites

« négatives » (colère, peur, anxiété, etc.). Pris dans cette perspective, le stress est donc la tension entre individu et environnement s'opposant l'un à l'autre.

5.2.2.1. Sur la mélancolie.

L'adolescence est cette période de la vie au cours de laquelle le jeune enfant vit comme un animal qui, poussé par des forces maturationnelles internes, codées génétiquement, évolue graduellement vers un comportement plus articulé et mieux contrôlé. Cependant, les changements provoqués par ces mutations Ces changements s'accompagnent également d'altérations profondes des structures de comportements et des attitudes émotionnelles. Le déplaisir s'inscrit dans ce registre est se manifeste souvent de manière inconsciente ; en témoignent, les propos du participant 1 lorsqu'il affirme : « Je ne sais si je suis conscient ou pas puisque je ne ressens pas la joie et parfois je ressens dans la colère même ». Si même pendant les transitions de la jeunesse, l'individualité de base de l'enfant reste assez constante, son point de vue sur lui-même et sur la culture subit des réorientations de grande portée comme l'illustrent les propos des participant 4 et 29. Le premier déclare : « [...], j'ai un mélange de mes émotions » tandis que le second affirme : « [...] à tout moment il semble que j'ai un mélange des émotions » ou alors le participant 2 qui précise : « J'ai souvent une joie et la colère à la fois ». Les participants reconnaissent dans leur large majorité avoir ressenti une sorte de nostalgie pendant leur maladie. Toutefois, cette nostalgie avait des manifestations différentes manières chez les participants. Ainsi, chez le participant 1, les manifestations de la nostalgie étaient somatoformes. Il reconnaît « *un blocage au niveau du pied, douleur physique.* » Pour d'aucuns comme chez le participant 2, le manque d'entente avec les parents est à l'origine du chagrin. Il précise : « je me rends compte que les parents ne me comprenaient pas et aussi le manque de soutien » Pour d'autres le sentiment d'être menacé s'installe. C'est le cas chez le participant 20 qui affirme : « *j'ai l'impression que quelqu'un me menace toujours* ».

L'adolescence est l'âge où la plupart des personnes entrent en contact pour la première fois avec diverses drogues et les expérimentent. Aussi, pour juguler ces sentiments mélancoliques, les participants mettent en place des stratégies. Les réponses issues des récits montrent que pour la grande majorité d'entre eux, un mélange de plusieurs drogues est utilisé pour chasser le chagrin. Le participant 3 justifie à merveille cette posture lorsqu'il déclare : « Je prends le cannabis, l'alcool et après, je passe la nuit avec mes amis là dehors. » La consommation problématique (régulière, habituelle et ponctuellement excessive) exprimée par

ce groupe est susceptible de nuire à la santé physique et psychique ainsi qu'aux relations sociales. En effet, l'analyse montre que ces participants tentent de surmonter des problèmes, d'oublier des événements ou de fuir la réalité sociale. En témoigne ces propos du participant 9 qui déclare : « *A chaque fois que je me retrouvais dans cette situation je prenais souvent de l'alcool et la cigarette pour me calmer* ». Chez ce groupe de participants, le cannabis n'est pas la seule drogue prise bien que le mélange reste présent. Pour d'autres participants, la stratégie consiste en une consommation ponctuelle. En pratiquant une consommation ponctuelle (appelée aussi consommation récréative), l'adolescent cherche en général à se faire plaisir, à s'amuser ou à renforcer leur appartenance à un groupe. Telle est le cas du Participant 11 lorsqu'il déclare : « *J'ai adapté une stratégie très simple qui est celle de rester en groupe* » ou du Participant qui dit : « *Juste la cigarette et le problème est fini* ». Il existe une tendance pour qui la marche est le meilleur moyen de surmonter la mélancolie tel le Participant 24 qui déclare : « *Rien d'autre que marcher* » alors que les participants 8, 17, 18 et 19 n'adoptent aucune stratégie. En témoignent les propos du participant 8 qui déclare : « *Je n'ai rien utilisé.* »

5.2.2.2. Sur la déception

L'être humain en général et l'adolescent en particulier, est un être de valeur. Il découvre sa valeur par l'épreuve de ses capacités. Il cherche en miroir ce qui fait sa propre valeur, et d'abord dans le regard de ceux qu'il aime. Lorsque ces attentes ne sont pas comblées, vient la déception qui est un sentiment que l'on retrouve très souvent dans les comportements et attitudes chez les adolescents. Pendant une période de leur existence, nos participants reconnaissent s'être trouvés dans un état d'amertume et qui se manifestait par une sensation de deuil. Cette constatation semble pouvoir s'illustrer par les discours des participants 1 et 27. Le Participant 1 déclare : « *[...] mon cœur rempli de sentiment que je suis toujours en deuil jusqu'à présent.* » alors que le Participant 27 affirme : « *je suis toujours triste on dirait que je suis en deuil* » On retrouve cette conception chez les participants 3 et 30. Le premier affirme : « *toujours je pense à la mort de mon papa et mon cœur rempli de négativité* » tandis que le second précise : « *j'ai en quelques sorte un sentiment durable de tristesse.* » Pour certains participants, il devient très difficile de résister à la tentation de s'enfermer dans le malheur comme l'illustrent les propos du Participant 8 lorsqu'il déclare : « *je me retrouvais souvent pendant une période d'amertume. Je préfère souvent la solitude.* » Rendre tout dérisoire devient une prévention de la déception comme chez le Participant 11 qui déclare : « *toujours mais tu vois que je suis dépendant de l'alcool* » Tout le contraire du

Participant 2 qui vit la situation sous le mode de la menace du cadet. Il affirme : « je suis même menacé par mon petit et mes parents le supporte » ou alors les participants 13 et 14 qui l'appréhendent « *souvent comme un choc* » tandis que les participants 23 et 24 l'accueillent « *toujours avec un cœur déchiré.* » Tout comportement destructeur est un moyen de protéger le narcissisme, très proche de la défense du territoire chez l'animal. Le Participant 12 affirme : « *je ressens en quelque sorte une plaie qui est dans le corps.* » Cela provoque des réactions primaires : le territoire humain n'étant pas seulement géographique, il est dans l'idée que l'on se fait de soi et que l'on imagine que les autres se font de nous.

Les mécanismes de nos participants pour venir à bout de cette désillusion sont multiformes allant de la résignation passive et réfléchie du participant 6 (« je garde le calme et développe la patience » à la consommation des drogues comme l'illustrent ces propos du Participant 3 : « Je prends le cannabis, l'alcool et après je passe la nuit avec mes amis là dehors. » D'autres rationalisent et abandonnent leur sort à la volonté de Dieu qui pourvoira la solution. Cette constatation semble pouvoir s'illustrer par le discours du participants 8 qui déclare : « Je n'ai rien fait. Je disais tout simplement que c'est la volonté de Dieu mais tout changera en ma faveur un jour ». D'autres trouvent des mécanismes en lien avec l'environnement qui les entoure. Ainsi, le participant 9 déclare : « *Parfois je suivais le film dans mon ordinateur je parlais en balade au terrain de sport* » ou alors comme le Participant 4 (« Je fais les jeux vidéo, je cause avec mes amis » avant de préciser : « et aussi je bois de l'alcool »

5.2.2.3. Sur le découragement

La peur commande toute conduite destructrice. La destruction peut devenir ensuite une tentation, mais elle n'est jamais un choix. Elle est une défense par rapport à un sentiment de menace. En effet, la confiance de l'adolescent dépend beaucoup des expériences de sécurité qu'il a connues étant enfant. En cela, l'adolescence est un moment révélateur. Tant qu'il y a la protection parentale, on ne s'en rend pas compte. Avec la puberté va se marquer une différence considérable. L'enfant qui est resté cramponné à sa mère ne peut pas maintenir ce lien à l'adolescence. Il va donc apprendre les expériences dont certaines seront démoralisantes. Nos participants reconnaissent avoir tous fait l'expérience d'un moment désespérant. Atteste le discours du Participant 26 : « *je perds toujours l'espoir et je me démoralise très souvent.* » Pour la Participant 4 c'est « lorsque vous n'êtes pas satisfait du fruit de votre travail. » Nombreux sont parmi nos participants ceux qui vivent permanemment dans le désespoir comme l'illustre le discours du participant 23 lorsqu'il déclare : « *Je suis*

souvent dans le désespoir et sans objectif » ou encore celui du Participant 15 qui affirme : « *même maintenant je suis toujours dans le désespoir.* » Le vécu de l'adolescent rend ainsi compte de ce qu'une société libérale montre que la liberté et le désir sont de grandes richesses, mais aussi de grandes menaces pour le narcissisme. Cette constatation semble pouvoir s'illustrer par les discours des participants 5 et 9. Alors que pour le premier la perception d'un lendemain n'est pas possible (« ma vie ne»), le second se sent inutile et pense au suicide du fait d'un manque d'intérêt pour la vie.

Il déclare : « *j'ai parfois l'idée de me suicider parce que je me sentais vaut à rien, tout me fuit inutile et aucun intérêt par la vie.* » Seuls les participants 2 et 10 semblent vivre autrement la situation. Pour le premier, le désespoir existe mais est rapidement comblé par la prise des stupéfiants. Il affirme « [...] *vraiment dans le désespoir mais grâce à ma drogue je vais toujours mieux* » tandis que dans un registre quasi similaire le Participant 10 affirme : « *refuge dans la drogue.* »

Pour ce qui relève des dispositions prises pour vaincre le découragement, plusieurs stratégies qu'accompagne toujours la consommation des stupéfiants sont utilisées par les participants. Ainsi, on note chez le participant 4 la pratique intensive du sport. Il affirme : « *Je fais le sport intense accompagné par la drogue.* » Le Participant 9 précise quant à lui : « *Je fais souvent le sport et prends de l'alcool et constamment la cigarette et d'autres substances psychoactives que les amis me donnaient.* » D'autres s'essayent à l'écriture et aux jeux de société comme le Participant 1. Il affirme : « *Écrire sur les papiers, faire des jeux et aussi quelques battons de la cigarette* » tandis que pour le participant 10, « *il faut écrire ce que tu aimes, tu demandes et boire de l'alcool pour bien réfléchir.* » D'autres par contre se confie à la providence. Cette constatation semble pouvoir s'illustrer par le discours du participant 8 qui déclare : « *Je dirais que Dieu a toujours un plan pour me sauver comme l'a accepté de me mettre dans cette situation* » alors que la résignation acquise semble caractériser le comportement du Participant 7. Il précise : « *Je ne prends aucune disposition parce que je n'ai pas le choix.* »

5.3. Analyse en lien avec le thème 2 : L'anxiété

L'anxiété est un état qui se vit à l'intérieur de la personne sans que l'événement stressant ait lieu au même moment. Elle se caractérise généralement par un sentiment de peur ou de menace, des sensations physiques, des pensées irrationnelles et des comportements de

fuite. Dans ce travail de recherche, cet état a été saisi au travers de l'état panique, de l'inquiétude pénible et des incertitudes des participants.

5.3.1. Sur l'état de panique

Bien que même dans la littérature scientifique, on ne trouve pas de définition claire et universellement admise du sentiment d'insécurité, force est de reconnaître d'entrée de jeu que le sentiment d'insécurité est une évidence de notre ambiance sociale actuelle. Aussi, à la question de savoir *comment se manifestent les moments de peur, de terreur ou de frayeur que traversent les participants depuis leur entrée à l'hôpital*, l'analyse montre que le sentiment de peur se trouve à l'origine de la plupart des comportements, conscients ou conditionnés de nos participants. Ainsi, le Participant 2 déclare : « [...] depuis que je suis ici j'ai toujours peur pour les comprimés mais pas trop comme avant » alors que le Participant 5 précise : « Souvent, je panique, la peur m'envahit, j'ai peur de prendre l'alcool qui me fait dormir a tout temps. » Il s'agit d'un phénomène psychologique à caractère affectif marqué, qui accompagne la prise de conscience justifiée ou non d'un danger, d'une menace pour la vie ou la sensibilité du sujet, et qui peut prendre la forme soit d'une émotion-choc (affolement, alarme, alerte, effroi, épouvante, frayeur, terreur), comme chez le Participant 20 (« j'ai l'impression que quelqu'un me menace toujours », soit d'un sentiment pénible d'insécurité, de désarroi à l'égard d'événements de gravité variable, actuels ou prévus (angoisse, appréhension, crainte, inquiétude). Cette constatation semble pouvoir s'illustrer par ce discours du Participant 9 qui affirme : « J'ai souvent peur de mourir par ce que je voyais souvent les médecins qui parlait de nos amis dans un état désespérant. » On pourrait donc dire ici que la peur appartient au mental, et le mental crée ses manifestations.

Les stratégies mises en place par nos participants pour vaincre l'état panique sont multiformes avec une préférence dominante de la consommation des stupéfiants. « Je fais recours à la drogue pour chasser les esprits » déclare le Participant 1. Cette stratégie est partagée par la presque totalité de nos participants. En témoigne, le discours du Participant 13 qui précise : « Dès que possible je fume mon chanvre. » Cependant, force est de préciser que certains participants optent pour la balade et la communication avec les proches. Cette catégorie regroupe les participants 3 et 4. Le participant 4 déclare : « Je me balade un peu, je cause avec ma maman, ma petite sœur et je fais les exercices qu'on me donne » alors que le participant 5 « marche dans la cour et cause avec les canards. » Si le comporte d'isolement caractérise le Participant 8 (« Je me retirais parfois tout seul en évitant le regard de toute

personne », le dialogue avec le personnel soignant régit l'attitude comportemental du Participant 6 : il précise : « *Pour dépasser ces moments, je parle aux médecins.* »

5.3.2. Sur l'inquiétude pénible

L'inquiétude est un état que tout individu, quel qu'il soit, expérimente à des moments de sa vie. Elle est un état pénible déterminé par l'attente d'un événement, d'une souffrance que l'on craint par l'incertitude où l'on est. En psychopathologie, elle est dans la liste des symptômes de certains troubles psychiques tels que la dépression qui en serait, en partie et sous des conditions spécifiques, la conséquence. Chez la grande majorité de nos participants, l'incertitude se manifeste par un sentiment de crainte aux allures multiformes. Les Participants 1 et 11 ont une crainte en lien avec son physique. En témoignent, le discours du Participant 1 qui déclare avoir « *Une crainte par rapport à mon physique à cause de mon originalité* », tandis que le Participant 4 affirme avoir non seulement la « Crainte de la guérison », mais également « de n'être pas accompagné jusqu'au bout par un membre de la famille. » D'autres ont peur des médicaments qui leur sont prescrits ou des produits dopants. C'est le cas du Participant 2 qui affirme : « *depuis que je suis ici, j'ai toujours peur pour les comprimés* » alors que le Participant 5 déclare : « *Souvent, je panique, la peur m'envahit, j'ai peur de prendre l'alcool qui me fait dormir a tout temps.* » D'autres comme les participants 8, 10 et 23 ont une peur inexplicée. Le Participant 10 déclare : « *J'ai peur sans rien c'est-à-dire sans aucune raison.* » De son côté, le Participant 23 affirme : « *Je suis souvent dans un état ou je crains tout* » alors que chez le Participant 8 c'est de tout le monde qu'il s'agit. Il précise : « *C'est bizarre mais j'ai peur de tout le monde ici à Jamot.* » Chez le participant 6, la peur s'origine des imaginaires dans sa tête. Il déclare avoir peur de ses « attaques de paniques et des bruits » dans sa tête. Le fait d'avoir ouï-dire du désespoir de certains patients est la raison de la peur de la mort chez le Participant 9 qui affirme : « *J'ai souvent peur de mourir par ce que je voyais souvent les médecins qui parlait de nos amis dans un état désespérant.* »

Les stratégies mise en place par les participants pour vaincre cet état d'inquiétude pénible sont aussi diverses que leur origine. Le cannabis et l'alcool sont les stratégies dominantes des participants. Ceci se comprend dans le discours du Participant 3 lorsqu'il affirme : « *je prends juste l'alcool et le cannabis* » et le Participant 12 d'ajouter : « *Il suffit que je fume et le problème est fini.* » D'autres adoptent la marche et la patience qu'ils associent aux stupéfiants. C'est le cas du Participant 6 qui explique : « *Pour vaincre cet état, je marche, je développe la patience mais au final je prends aussi de la drogue et c'est bon* » ou encore celui du Participant 2 (« *Je suis la musique et je bois aussi de l'alcool* »). Si le

Participant 9 faisait recours à ses souvenirs pour vaincre ses peurs (« *Face à cela je me repérais à certains moments de ma vie très courageux face à des situations désastreuses* », le Participant 7 n'a eu pour stratégie que l'observance thérapeutique. Il affirme : « *Je n'ai adopté aucune stratégie. Je prends juste les médicaments que les médecins me donnent.* » A l'opposée, les distractions et la music sont partagées par les Participants 22 et 23 tandis que le refus de penser par l'usage de la drogue et l'isolement sont les stratégies mises en place par le participant 10. Il déclare : « *Penser moins par le biais de la drogue et se retirer hors de mes paires.* » Seul le participant 5 affirme avoir confiance quand l'esprit est calme. Il affirme « *je n'ai peur de rien ça me donne la confiance.* » L'ensemble des participants considèrent ces stratégies comme des solution d'une auto-guérison comme l'illustre le discours du Participant 1 : « *ça baisse le niveau de pensée et d'être tranquille.* »

5.3.3. Sur l'incertitude

Le rapport à l'avenir est marqué par l'incertitude et une difficulté à se projeter. En effet, la vie, s'accomplissant dans le temps, engendre continuellement une antériorité et un avenir. Le passé est une perte et l'avenir, un manque. Ce double sentiment d'absence fait naître l'incertitude qui n'est ni un principe, ni une fin, mais une étape de notre futur. Ces incertitudes seraient toutes en rapport avec la perception de l'avenir chez les jeunes. En psychopathologie, elle est dans la liste des symptômes de certains troubles psychiques tels que la dépression qui en serait, en partie et sous des conditions spécifiques, la conséquence. Aussi, sans la prise des stupéfiants, les participants de notre étude traversent l'incertitude de diverses manières. Certains ont du mal à se reconnaître comme l'illustrent les propos du Participant 1 qui dit « *Je me sens vraiment sal à l'intérieur, je ne peux pas affronter la vie* », sentiment partagé par le Participant 10 alors que le Participant 3 déclare : « *Je ne supporte pas et je me sens bizarre.* » La montée de l'individualisme qu'accompagne l'affirmation de soi ne peut que générer ou renforcer les cas de détresse psychologique notamment chez des jeunes tiraillés entre des injonctions contradictoires d'autonomie, de responsabilité et de cohérence dans un monde marqué par « l'accélération du temps » pour reprendre Rosa (2013). Cette constatation semble pouvoir s'illustrer par ce discours du participant 5 lorsqu'il déclare : « *Les mains tremblent, j'entends aussi de bruit souvent* » ou encore le Participant 5 qui voit autrement le monde. Il affirme : « *je vois les choses qui me dépassent.* »

L'affaiblissement du lien social fait en sorte que l'individu doit de plus en plus s'appuyer sur lui-même, sur ses capacités personnelles, sa subjectivité, son intériorité. Dans un tel contexte, la montée des incertitudes crée chez nos participants un profond mal-être avec

idée de suicide. Tel est le cas pour les participants 2 et 17. Si le premier reconnaît la sensation de mort lorsqu'il déclare : « *on dirait que j'allais mourir* ». Le second est formel que sans la prise des produits dopants, « *Les mêmes idées de suicides sont là* » affirme-t-il tandis que le Participant 24 précise : « *Pas de sommeil, de soucis augmente et pas envie de vivre.* ». La symptomatologie révèle aussi la fatigue et le manque de sommeil chez certains participants, notamment, les participants 7, 11, 18, 19 et 20. Cette constatation semble pouvoir s'illustrer par ce discours du participant 7 lorsqu'il déclare : « *je suis toujours fatigué et pas de sommeil. Je passe beaucoup de temps sans dormir.* »

Certes, les jeunes sont de plus en éprouvés, du point de vue psychique, par ce sentiment ; d'autant plus que les conditions sociales de production de cette souffrance semblent plus que présentes si l'on se réfère aux recherches portant sur les paradoxes de l'existence dans un monde hypermoderne. Toutefois, des stratégies diverses sont mises en place pour éviter de sombrer dans l'incertitude. Certains participants (1, 19 et 29) s'affranchissent grâce à l'aide d'un tiers. Le Participant 1 déclare ainsi : « *Je garde le rythme que les parents demandent et aussi la prise de mes produits* » tandis que le Participant 19 s'appuie sur sa maman. Il affirme : « *J'explique à ma maman et elle me donne soit les comprimés soit on m'injecte et c'est bon.* » De son côté, le Participant 29 discute avec les médecins et prends ses médicaments sans autres forme de résistance aussi déclare-t-il : « *Je parle avec les médecins et on me donne parfois les comprimés* » alors que le Participant 11 écoute « *Les conseils des uns et des autres.* » Nombreux sont ceux qui essaient d'échapper au contrôle médical et contournent les règlements par la prise des produits dopants. C'est dans ce registre que se range les participants 3, 20, 22, 26, 27 et 28. Cette constatation semble pouvoir s'illustrer par ce discours du participant 3 lorsqu'il déclare : « *Ce n'est pas facile mais parfois je supporte quand on me contrôle sinon je sors toujours doucement aller consommer* » ou celui du Participant 27 : « *Je supporte mais quand y'a une petite occasion je fais recours à mes drogues.* » Le désir d'affirmation perçue à la fois comme une norme, parce qu'elle est contraignante, et comme une valeur, parce qu'elle est désirable regroupe les autres Participants comme l'illustre le discours du Participant 6 qui affirme : « *Pour m'en sortir, je fais comme je veux* » ou encore celui du Participant 5 : « *C'est difficile mais il faut juste être courageux* »

5.4. Analyse en lien avec le thème 3 : la dévalorisation de soi.

5.4.1. Sur la faible estime de soi

La conscience de sa propre valeur est le sentiment généré par l'estime de soi. En général, les personnes qui ont une haute estime de soi se sentent bien et sont optimistes. Inversement, celles qui ont une faible estime de soi se sentent souvent dénuées de valeur, déprimées et désespérées. Nombreux sont les participants qui affirment avoir pensé que leurs parents ne les aiment pas parce qu'ils ne valent rien. Cette constatation semble pouvoir s'illustrer par ce discours du participant 3 lorsqu'il déclare : « c'est pourquoi ma mère me déteste plus que les autres frères. » Cette posture est partagée par les Participants 13, 14 et 15.

Les propos du Participant 15 en rendent suffisamment compte lorsqu'il affirme : « *mon échec était un sujet de joie et de moquerie à la maison* » aussi rationalise-t-il en philosophant : « *alors imaginez vous-même* ». et Participant 13 de renchérir : « *et j'ai compris que les parents ne sont pas avec moi.* » ou encore le Participant 2 quand il affirme : « dans cet état je réfléchis encore trop et je me demande pourquoi je suis né dans cette famille. » Relevons par ailleurs que les adolescents ont une représentation de ce qu'ils aimeraient être (image idéale) et une appréciation de ce qu'ils sont (image réelle). Lorsque l'image idéale est très éloignée de l'image réelle dans un domaine qui compte à leurs yeux, ce n'est pas très propice à l'estime de soi. C'est dans ce registre que s'inscrit le Participant 1 qui déclare n'avoir pas de « volonté de vivre » bien qu'il subsiste grâce à sa manière de vivre. Il précise « ma manière m'aide à franchir toujours. » Cette perception est partagée par le Participant 7 qui affirme : « *J'ai l'impression que je ne vaudrais rien puisque je semble ne rien contrôler dans ma vie.* » Les propos de ce participant traduisent le fait que si l'adolescent a des comptes à régler avec son héritage, il peut tendre vers des extrêmes, afin de se différencier et d'affirmer ce qui lui appartient en propre, « son choix ». C'est en ce sens que se comprennent les discours des participants 12 et 16. Le premier déclare n'avoir « aucune affection pour mes parents » et justifie cette attitude par le fait qu'il ne vit pas depuis longtemps déjà avec eux. Aussi précise-t-il en ajoutant « *qui m'ont abandonné depuis si longtemps* » tandis que le Participant 16 a une animosité sans pareille envers ses parents. Il affirme : « *c'est une malchance de les avoir comme parents c'est tout.* » Cette situation est quasi identique à celle du Participant 25 qui affirme : « *je regrette d'avoir été au sein de cette famille.* » L'adolescent ressent ainsi le pouvoir intrusif de l'autre et cherche à y échapper par des conduites d'opposition et d'attaque, en se faisant du mal.

Le Participant 5 déclare : « Les gens te détestent, la famille n'a pas confiance en toi. » du Participant 11 chez qui il n'y a « *pas de considération dans tout le sens.* » alors que d'autres estiment avoir le sale boulot pour eux. C'est le cas du Participant 4 qui affirme : « j'ai toujours de tâche difficile à accomplir alors je ne vauux à rien. » ou du Participant 9 qui déclare être souvent tancé à la maison. Il précise : « *Ça arrive qu'on me dise tu es qui mais ça m'aide à grandir.* » La valorisation de l'individu propre aux nouvelles démocraties peut alors être traduite dans la répartition des actes perçus négatifs dans son entourage. Cette constatation semble pouvoir s'illustrer par ce discours du participant 6 lorsqu'il déclare : « *Il se passe souvent que je suis seul je considère les produits comme mes amis et compagnon* » Cette perception peut également être source de la recherche des solutions extrêmes comme l'affirme le Participant 30 « *j'ai parfois envie de me suicider et laisser ce monde pour ceux qui sont important. Et qui ont de la valeur.* »

Les propos de nos participants montrent ainsi que l'estime de soi provient de différentes sources qui la conditionnent. On a ainsi l'autoévaluation de son propre comportement et de son propre vécu. Les participants 2, 3, 4 et 5 en donnent des illustrations qui permettent de comprendre les mécanismes mis en place pour redresser la barre et maintenir la volonté de survie. Le Participant 2 affirme : « Je reste dans mon coin et consomme pour que cela me donne de l'espoir » tandis que de manière régulière, le Participant 3 reconnaît prendre ses produits dopants. Il déclare à cet effet : « Je prends juste quelques sachets de cannabis et ça passe » ou encore ces propos du Participant 20 « Pour empêcher les soucis de prendre le dessus, alors je prends mes drogues. » Cette situation est partagée par les participants 5, 6 et 15 alors que le Participant 4 préfère la voie de la fuite. Il affirme : « Parfois je me retire un peu plus vite comme je ne sers à rien. »

La comparaison sociale avec d'autres personnes exerce aussi une influence. En particulier à l'adolescence, on se compare énormément avec ses pairs comme l'illustrent les propos du Participant 1 : « *Ma manière de voir change, être positif faire recours à mes grands et mes drogues* » ou encore ceux du Participant 9 : « *Je passais les idées d'une autre pour me permettre d'oublier.* » La logique comparative peut avoir un effet négatif chez l'adolescent. C'est tout le sens du Participant 24 quand il affirme : « je vois que je suis toujours inférieur aux autres. » La comparaison avec les pairs peut aussi être bénéfique en ce sens qu'elle suscite à réfléchir sur le sens à donner à sa vie. Le participant 8 déclare : « *parfois je me disais regarde toi, regard ta vie et celle des autres de ton âge.* » Cette réflexion amène à comprendre

ce qui ne tourne pas rond « *je comprends beaucoup de mauvaises choses* » précise le Participant 10.

Les retours et marques de reconnaissance d'autres personnes sont importants. Si un(e) adolescent(e) reçoit des retours positifs de la part de personnes de référence qui comptent à ses yeux, c'est bon pour l'estime de soi. Les Participant 26, 27 et 28 semblent n'en avoir pas bénéficié. Le premier déclare : « *pendant que personne ne vous respect alors je ne me considère plus.* » Le Participant 27 estime quant à lui que sa vie est différente des autres et justifie ses attitudes par ces propos : « *par ce que j'ai une vie qui est bien différente des autres c'est-à-dire la mauvaise* » tandis que le Participant 28 s'interroge sur les raisons de sa venue au monde. Il affirme : « *parfois je me regarde et je me demande pourquoi je suis même né.* » On voit dans les discours de ces participants un ras-le-bol qui suscite une révolte pour s'affirmer soi-même.

Chez une autre catégorie de participants, la résignation semble être la voie royale à la gestion de la situation. Dans cette catégorie s'illustre le Participant 13 qui affirme : « *Je n'ai pas autre chose que me réserver et les observer.* » Cette forme de résignation apprise relevant de l'attribution à une cause stable pour expliquer l'absence de contrôle d'une situation est aussi présente chez le Participant 23. Il affirme : « *comme je n'ai pas la confiance de réaliser quelques choses de bon alors je reste tranquille seulement.* » Ainsi perçu, on en vient à penser que le style d'attribution qu'un individu effectue face à une tâche quelconque, est directement relié à la résignation. C'est le cas du Participant 25 rien n'est plus possible car, précise-t-il « *étant déjà dans cette situation c'est impossible de recommencer normalement ma vie.* » Cette logique de pensées est partagée par le Participant 29 lorsqu'il déclare : « *ma situation me prouve que je ne suis rien et je ne serais rien dans cette vie.* Les discours de ces participants montrent qu'ils sont démoralisés et s'estiment moins responsables de l'échec de leur vie. En témoignent les propos du Participant 22 « *je ne me respect pas parce que je ne peux faire de moi-même. En fait, je regrette même mon existence.* ». Et qu'ils tendent à attribuer leurs mauvaises performances plus à leur compétence qu'à leurs efforts « *je veux seulement me suicider et laisser ce monde.* » (Participant 22).

5.4.2. Sur le sentiment de rejet

Le rejet parental est un facteur de risque au développement des symptômes anxieux et génèrent d'importantes difficultés à court, moyen et long terme, et ce, sur les plans interpersonnel, scolaire et récréatif à l'adolescence, période lors de laquelle les relations avec

les pairs gagnent en importance. Les discours de nos participants montrent que la grande majorité a le sentiment d'avoir été abandonné par les parents. C'est ce qui transparaît du discours du participant 4 lorsqu'il affirme : « j'ai l'impression d'être abandonné et traité comme un adoptif. » Cette conception est partagée par les participants 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 29 et 30. D'aucuns pensent que les parents ont jeté l'éponge en ce qui concerne leur avenir. Aussi le Participant 5 est-il en droit de penser que ses parents ne veulent rien entendre de lui parce qu'ils ne le *ton avenir et même plus de considération*. « Gèrent pas » affirme-t-il alors que le Participant 15 affirme : « *personne ne se soucie de* »

De son côté, le Participant 6 déclare : « les parents s'écartent de moi » avant de préciser : « Ils disent que je ne suis pas leur enfant. » alors que pour le Participant 8, ce sentiment n'est présent que lorsque les parents ne satisfont pas à ses besoins (« *à chaque fois qu'ils refusent de satisfaire mes besoins* »). Ces propos traduisent l'existence d'une relation anxieuse-ambivalente propre au type d'attachement évitant et/ou ambivalent. C'est le sens que donne le Participant 12 à ses propos lorsqu'il analyse : « *j'ai l'impression que c'est ça puisque l'amour ne s'exprime plus de la manière claire.* » L'absence de soutien ponctuée par un manque de considération serait la pomme de discorde dans les relations parents-enfants et source du sentiment de rejet. Cette constatation semble pouvoir s'illustrer par ce discours du Participant 13 lorsqu'il déclare : « *pas de soutien ni la considération et grave encore l'amour mais comme c'est les parents je ne peux pas les obliger* » ou encore dans les propos du Participant 24 qui dit être abandonné « *parce que les parents ne me soutiennent pas dans tous mes efforts.* » On pourrait alors penser que l'effet des comportements parentaux sur le sentiment de rejet se manifesterait de façon semblable chez nombre de participants. Le Participant 11 reconnaît que « *personne ne répond* » à ses besoins quand le Participant 7 déclare : « *mes parents sont souvent compliqués avec moi.* » Ces discours rendent compte de ce que certaines caractéristiques propres à la relation entre l'adolescent et ses parents ainsi que ses pairs pourraient avoir un impact sur le développement d'une symptomatologie en lien avec le sentiment abandonnique. Cependant, force est de reconnaître que seulement trois (03) de nos participants reconnaissent bénéficier d'une relation moins mitigée avec les parents. Il s'agit des participants 23, 25 et 26.

Le premier ne se sent pas du tout rejeté « *puisque les parents sont toujours là sur tout le plan de ma vie* » précise-t-il. Si tout « *passe mieux* » avec les parents chez le Participant 25, le participant 26 reconnaît un certain nombre de comportements mi-figue, mi-raisin avec ses parents. Il déclare : « *Je ne suis pas totalement abandonné mais le degré de l'amour est*

réduit. » Chez ce groupe de participants, l'on pourrait affirmer que la présence des parents aurait un effet bénéfique.

Pour surmonter ce sentiment de rejet, nos participants abondent dans la consommation des produits dopants en l'occurrence, l'alcool et le cannabis. Les propos du Participant 2 illustrent à merveille cette assertion. Il déclare : « *Je prends quelques bouteilles de la bière et après quoi je dors.* » On peut aussi se référer au Participant 15 qui nuance en disant « *Dans ce cas, je fais recours vite à mes drogues, je visionne un peu et après quoi je dors.* » Les relations avec les pairs pourraient également jouer un rôle dans le développement des sentiments de rejet chez les adolescents, que ce soit pour précipiter leur apparition ou encore comme facteur de protection. Les propos du Participant 24 de mieux illustrer la première situation. Il déclare dans une forme nuancée : « *Me distraire soit aller boire avec mes amis et mieux prendre de l'air.* » Seul le Participant 19 reconnaît se laisser aller aux larmes. Il affirme : « Parfois je pleure » alors que d'autres (Participants 1 et 7) se confient à Dieu. C'est le cas du Participant 1 qui affirme : « *Je prie tout d'abord mon Dieu* » avant d'ajouter « *et après je pars boire.* » L'on pourrait alors conclure que le rejet social, l'isolement social, la victimisation et les relations conflictuelles sont des éléments relationnels associés à une plus grande vulnérabilité au développement du sentiment de rejet.

Dans le chapitre-ci-haut, il était question d'acter la présentation et analyse des résultats. Ici, nous avons tout d'abord fait une brève présentation des participants, l'analyse en lien avec le thème 1 sur la tristesse, sur la mélancolie, sur la déception, sur le découragement, analyse en lien avec le thème 2 : L'anxiété, sur l'état de panique, sur l'inquiétude pénible, sur l'incertitude, en suite l'analyse en lien avec le thème 3 : la dévalorisation de soi, sur la faible estime de soi et en fin sur le sentiment de rejet. Alors le prochain et dernier chapitre portera exclusivement sur l'interprétation et discussion des résultats.

CHAPITRE 6. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Le présent chapitre se veut celui dans lequel nous allons procéder à l'interprétation et à la discussion de nos résultats. En effet, l'interprétation dont il s'agit ici est une tâche qui consiste à la confrontation du cadre théorique et du cadre opératoire. Il s'agit donc précisément de procéder d'une part à l'analyse des travaux extérieurs des autres à la lumière des données collectées sur le terrain à partir des expériences vécues par les individus composant l'échantillon de notre étude. Après cette interprétation, il sera question de mettre en lumière les suggestions et les implications qui découlent de cette étude.

6.1. Rappel de la problématique et du cadre théorique

Sociologie et psychologie ambitionnent l'une et l'autre, mais la plupart du temps en disjonction, de décrire et d'expliquer la manière dont s'accomplit le processus d'adolescence, dans les conduites des adolescents. Au risque quelquefois pour l'une de les réduire à un ensemble de réactions générationnelles aux injonctions et aux conditions faites à cette classe d'âge. Au risque pour l'autre de concevoir les conduites adolescentes comme dérivant spontanément d'un « for intérieur » psychologique en maturation, et d'ignorer la diversité des contextes et des positionnements sociaux que l'autre discipline sait si bien décrire et qui contribue à la variabilité des expériences et des conduites.

Cependant, les bouleversements survenus pendant l'adolescence incitent à poser l'hypothèse de la difficulté qu'il y a probablement pour l'adolescent d'aujourd'hui, plus que pour l'adolescent d'autrefois, à trouver des repères pour la construction de soi comme pour l'orientation de soi. L'adolescent vit des situations doublement nouvelles en quelque sorte : nouvelles dans sa vie d'individu par les demandes qui lui sont faites par son corps et par la société, mais nouvelles aussi parce que la génération des parents, déstabilisée par les changements sociaux, ne sait pas toujours répondre ni proposer de modèles. Concernant les conduites adolescentes, cette situation génère des problèmes nouveaux ou donne à des problèmes séculaires des expressions inédites. La société, parce qu'elle est démunie face à certains d'entre eux, les met sur le devant de la scène médiatique. Aux sciences humaines de les analyser avec rigueur.

Pour que les adolescents soient en bonne santé et se sentent bien pendant cette étape de leur vie et à l'âge adulte, il est fondamental d'éviter qu'ils tombent dans des écueils, de mettre en avant l'apprentissage socioaffectif et le bien-être psychologique, et de leur garantir un accès aux soins de santé mentale. En effet, les changements de l'adolescent obligent à remodeler profondément les relations et les pratiques de l'ensemble de la famille, dans des réajustements constants et réciproques, qui ne sont pas faciles à vivre, et peut-être encore moins pour les parents que pour leur enfant dont il n'est pas inutile de rappeler qu'il est généralement fier de grandir. Qui plus est, la famille, bien sûr, n'évolue pas en système fermé.

Elles entretiennent des liens avec les autres contextes de l'adolescent, et subit, ne serait-ce qu'à travers les humeurs moroses, les contre-chocs des expériences vécues à l'extérieur même secrètes ; elle n'est pas indifférente non, bien sûr, aux transformations du monde au sens le plus large. Ainsi, les adolescents souffrant de troubles mentaux sont particulièrement exposés à l'exclusion sociale, à la discrimination, à la stigmatisation, aux difficultés éducatives, aux comportements à risque et bien évidemment, à l'addiction aux substances psychoactives. Aussi, notre recherche pose-t-il le problème de l'addiction aux substances psychoactives des adolescents en situation de détresse psychologique.

6.2. Interprétation et discussion des résultats de l'hypothèse HR1

L'adolescence est une période cruciale pour le développement d'habitudes sociales et émotionnelles importantes pour le bien-être mental. Il s'agit notamment pour les jeunes d'adopter des rythmes de sommeil sains, d'avoir une activité physique régulière, de développer leurs capacités d'adaptation, et d'apprendre à résoudre des problèmes, à nouer des relations interpersonnelles et à gérer leurs émotions.

Un environnement protecteur et favorable au sein de la famille, à l'école et dans la communauté en général joue également un rôle. En effet, de multiples facteurs ont une influence sur la santé mentale des humains en général et celle des adolescents en particulier. Plus les facteurs de risque auxquels sont exposés les adolescents sont nombreux, plus l'impact potentiel sur leur santé mentale est important. Parmi les facteurs qui peuvent contribuer au stress à l'adolescence, il y a l'exposition à l'adversité, la pression pour se conformer à ses pairs et l'exploration de l'identité. L'influence des médias et les normes de genre peuvent exacerber la disparité entre la réalité vécue par un adolescent et ses perceptions ou aspirations pour l'avenir. D'autres déterminants importants de la santé mentale des adolescents sont la qualité de leur vie familiale et leurs relations avec leurs pairs. On sait que la violence, les

pratiques éducatives sévères, les problèmes graves et les difficultés socioéconomiques font peser un risque sur la santé mentale.

Or, les structures familiales, les pratiques éducatives des parents, les modes de rapports entre générations, ont beaucoup changé dans notre société au cours des trois-quatre dernières décennies. La conquête de l'autonomie vis-à-vis des parents, tâche essentielle de l'adolescence depuis toujours, se trouve aujourd'hui différemment posée, ce qui contribue à transformer les relations au sein de la famille. En effet, les relations changeantes de l'adolescent avec sa famille et principalement ses parents sont à analyser en liaison avec la maturation pubertaire et les progrès socio-cognitifs, l'ouverture sur un monde social élargi où les pairs prennent une place grandissante, comme aussi d'autres adultes que les parents, et la représentation socialement partagée de l'adolescence comme temps d'adieu à l'enfance et de conquête progressive de l'autonomie pouvant conduire à des troubles émotionnels.

Sur le plan théorique, Prochaska et Norcross (2013) ont développé le modèle trans-théorique pour comprendre le processus qui permettait à un individu de cesser de fumer. Ce modèle repose sur le postulat selon lequel le changement est cyclique et continu, et non pas définitif. Il considère que si différents facteurs ont une influence sur le passage d'un stade à un autre, les individus devraient mieux réagir aux interventions adaptées aux spécificités du stade auquel ils se trouvent. Toutefois, reconnaissent les auteurs, les individus sont susceptibles de rechuter et de redevenir à un stade antérieur, mais cela ne signifie pas nécessairement qu'il leur faille repartir à zéro. Les individus sont donc décrits en termes de progression à travers une série de stades comportementaux, parallèlement à d'autres aspects, comme la confiance en soi face au changement ou à l'invariance. Or, nous l'avons dit précédemment, les troubles émotionnels sont fréquents chez les adolescents.

Dans cette étude, l'attente était ici que la tristesse oriente la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé (HR1). En effet, s'il est admis que certains symptômes des troubles émotionnels à l'adolescence sont communs à la dépression et à l'anxiété, notamment les changements d'humeur rapides et inattendus, force est de reconnaître que les pathologies de l'humeur interrogent la valeur heuristique du modèle psychanalytique de la mélancolie, qui servira ici de toile de fond pour appréhender les aléas du traitement de la perte et de la passivité, particulièrement réactivées à l'adolescence. Alors que Freud avait inscrit la vulnérabilité dépressive dans le développement psychosexuel de la femme, nous questions ici, non la mélancolie chez la femme, mais le « féminin mélancolique » présent chez tout adolescentes et

adolescents. L'impossible confrontation à la position passive, éprouvée au sein même des scènes originaires et de toute situation d'exclusion et d'abandon, conduit certaines organisations fantasmatiques à déployer une « version mélancolique » du fantasme de séduction à cette période cruciale du développement.

Les résultats de notre étude révèlent que la tristesse et la déprime au cours de l'adolescence et de la vie sont des sentiments de mal-être qui s'installent et l'individu adolescent a l'impression qu'il n'arrivera pas à s'en sortir seul. Cette constatation est présente chez tous nos participants. En effet, l'adolescence, cette période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, est souvent décrite comme un tourbillon d'émotions et de changements. Les adolescents se retrouvent à naviguer dans un monde où leur corps et leur esprit subissent des transformations profondes, où les relations sociales prennent une nouvelle dimension et où les attentes scolaires atteignent des sommets inégalés. C'est une époque de découverte de soi, mais aussi de confrontation à des défis qui semblent parfois insurmontables. Ces changements à l'adolescence s'accompagnent également d'altérations profondes des structures de comportements et des attitudes émotionnelles. Le déplaisir s'inscrit dans ce registre et se manifeste souvent de manière inconsciente. On peut alors affirmer que chez nos participants, le chagrin en lien avec les rapports parents-enfant au long du cheminement vers l'indépendance s'origine du manque d'entente avec les parents. Dès lors, la solution mélancolique s'offre à l'adolescence comme seule issue, comme pour rendre compte de l'intensité des fantasmes incestueux qui, demeurés dans l'ombre des angoisses de perte d'objet, sont à expier sur l'autel d'une dépression aux accents sacrificiels.

Pour saisir l'essence de cette mélancolie, il est crucial de comprendre un principe fondamental qui régit le comportement humain : la tendance innée chez l'être humain à éviter la douleur et à rechercher le plaisir. Cette dynamique, profondément ancrée dans le cerveau humain, influence grandement la capacité de l'adolescent à faire face aux tâches qui lui sont moins agréables, comme les devoirs scolaires. En effet, pour de nombreux adolescents, l'idée même de s'asseoir pour faire des devoirs est perçue comme une forme de douleur. Cette douleur n'est pas physique, mais plutôt psychologique et émotionnelle. Elle peut être liée à la peur de l'échec, à la frustration de ne pas comprendre un sujet, ou encore à la sensation d'être submergé par la quantité de travail à accomplir. Le cerveau, dans sa quête constante de bien-être, cherche naturellement à éviter ces sensations désagréables. Ainsi, face à la perspective de faire des devoirs, l'adolescent peut ressentir une forte répulsion, le conduisant à procrastiner ou à éviter complètement la tâche.

Ainsi, avec sa loi de l'effet, Thorndike (1994) a brillamment mis en lumière ce mécanisme. Selon cette loi, les comportements suivis de conséquences agréables tendent à être renforcés, tandis que ceux suivis de conséquences désagréables sont évités. Ainsi, lorsqu'un adolescent associe les devoirs à une expérience négative, son inclination naturelle sera de les fuir, en quête d'activités plus réjouissantes comme l'addiction aux substances psychoactives. Cette réalité se manifeste dans le quotidien des adolescents, où la perspective de passer des heures sur des exercices de mathématiques complexes ou de rédiger une dissertation peut sembler décourageante. La peur de l'échec, le sentiment d'incompétence, ou simplement l'ennui face à des sujets qui ne les passionnent pas peuvent transformer les devoirs en une source de douleur émotionnelle intense.

Nos résultats montrent en effet que nos participants reconnaissent s'être trouvés dans un état d'amertume et qui se manifestait par une sensation de deuil. Il devient alors très difficile pour eux de résister à la tentation de s'enfermer dans le malheur car, tout comportement destructeur est un moyen de protéger le narcissisme, très proche de la défense du territoire chez l'animal. Par ailleurs, nos participants reconnaissent avoir tous fait l'expérience d'un moment désespérant rendant compte de leur tristesse. Nombreux sont parmi nos participants ceux qui vivent permanemment dans le désespoir. Dans ces moments, le cerveau de l'adolescent, guidé par le désir de confort et de satisfaction immédiate, le pousse vers des activités plus plaisantes, qu'il s'agisse de passer du temps avec des amis, de jouer à des jeux vidéo, de naviguer sur les réseaux sociaux ou comme dans le cas de nos participants, la consommation d'un mélange de plusieurs drogues utilisé pour chasser le chagrin. Ici, la stratégie consiste en une consommation ponctuelle. En pratiquant une consommation ponctuelle (appelée aussi consommation récréative), l'adolescent cherche en général à se faire plaisir, à s'amuser ou à renforcer leur appartenance à un groupe.

Nos résultats sont en congruence avec ceux d'autres chercheurs et justifient le fait que les adolescents apparaissent inconstants dans leurs comportements qui oscillent entre peur et anxiété, sentiments de supériorité et sentiments d'infériorité. Ils manquent de confiance en soi et apparaissent psychologiquement fragiles. Les adolescents tendent à être vulnérables aux opinions naïves et aiment exagérer les événements mineurs. Les adolescents subissent des changements hormonaux qui occasionnent des émotions difficiles à comprendre. Ils peuvent régresser à des états infantiles et immatures. Boko (2009) observe que l'adolescent est un jeune qui ressent une impression de dépassement, entre en contradiction avec lui-même. Ceci

rend compte de ce que la liberté et le désir sont de grandes richesses, mais aussi de grandes menaces pour le narcissisme.

Dans leur quête d'autonomies, les adolescents aiment copier des comportements inhabituels et veulent se montrer agressifs, audacieux. Ils s'identifient aux groupes et sont parfois insensibles à ceux qui ne font pas partie de leur groupe. Or, force est de préciser que les adolescents sont socialement vulnérables en ce sens qu'ils se rebellent contre les normes établies par les adultes ; ils tendent à défier l'autorité et expriment souvent le besoin de s'affirmer. C'est tout le sens de Martin (2010) qui, analysant les problèmes qui sont liés à la crise d'adolescence, il en identifie les causes, notamment les mauvaises fréquentations des adolescents, et le rejet par les pairs. Parmi les comportements agressifs que manifestent ces jeunes en détresse, il cite la délinquance, la tristesse, la frustration, la rage et la colère.

6.3. Interprétation et discussion des résultats de l'hypothèse HR2

Les troubles anxieux sont les problèmes de santé mentale les plus courants chez les enfants et les adolescents. Certains symptômes sont communs à la dépression et à l'anxiété, notamment les changements d'humeur rapides et inattendus. Rappelons ici que l'anxiété peut être une réponse émotionnelle et physiologique normale à des menaces potentielles. En effet, les peurs font souvent partie du développement normal de l'enfance et de l'adolescence. Les troubles anxieux diffèrent toutefois de l'anxiété normale par des réponses persistantes, démesurées ou faussées qui finissent par perturber le fonctionnement (Walter et al., 2020 ; Schwartz et al., 2019) au quotidien.

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition (DSM-5)* (2015) définit sept troubles anxieux : l'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, la phobie spécifique, l'anxiété sociale (phobie sociale), le trouble panique, l'agoraphobie et l'anxiété généralisée. Pour être posés, ces diagnostics doivent être associés à un degré de gravité, à la persistance des symptômes et à des atteintes (Hill et al., 2016) à la maison, à l'école ou lors d'autres activités adaptées au développement. Les divers troubles anxieux se conjuguent fréquemment. Par exemple, un enfant ou un adolescent peut présenter à la fois de l'anxiété généralisée et une anxiété sociale. L'âge d'apparition des divers troubles anxieux est associé aux étapes du développement. Les troubles anxieux peuvent fluctuer. Ils peuvent se calmer et récidiver, et divers troubles anxieux peuvent se résorber ou émerger chez le même enfant au fil du temps. Par exemple, l'anxiété de séparation à l'âge préscolaire peut être suivie d'une

anxiété généralisée ou d'une anxiété sociale à l'âge scolaire ou à l'adolescence (Beesdo-Baum et Knapp, 2012).

Les troubles anxieux qui peuvent prendre la forme de crises de panique ou d'une inquiétude excessive, sont les plus répandus dans l'adolescence et sont plus fréquents chez les adolescents plus âgés que chez les adolescents plus jeunes. Le trouble panique correspond à la répétition des attaques de panique ou à la crainte persistante de leur survenue pendant au moins un mois. Selon le DSM-IV (1996), il s'agit d'une période bien délimitée dans le temps, avec crainte ou malaise intense, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes : palpitations, battements de cœur, ou accélération du rythme cardiaque ; transpiration ; tremblements ou secousses musculaires ; sensation de «souffle coupé» ou impression d'étouffement ; sensation d'étranglement ; douleur ou gêne thoracique ; nausée ou gêne abdominale ; sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement ; déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi) ; peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou ; peur de mourir ; paresthésies (sensations d'engourdissements ou de picotements) ; frissons ou bouffées de chaleur. Ces symptômes ne doivent pas être en relation avec la présence d'une pathologie somatique, ou être mieux expliqués par un autre trouble psychiatrique.

Du point de vue théorique, différents modèles : neurobiologique, cognitivo-comportemental, psychodynamique et biopsychosocial ont été proposés pour expliquer l'étiologie des attaques de panique. Le premier met l'accent sur les anomalies impliquant un niveau de catécholamines accru au niveau cérébral, des troubles au niveau du locus cœruleus (une aire cérébrale noradrénergique régulant le niveau d'anxiété), une hypersensibilité du centre respiratoire au dioxyde de carbone, etc. D'un point de vue cognitivo-comportemental, l'anxiété serait conditionnée par un mauvais apprentissage de la peur, en réponse à certains stimuli environnementaux. La perspective psychodynamique voudrait que le refoulement (retenir en dehors du champ de la conscience des représentations sexuelles inacceptables pour le sujet) soit considéré comme un mécanisme de défense fondamental impliqué dans la genèse des attaques de panique. Elle propose que lorsque l'énergie attachée à ces représentations inacceptables est trop importante, le refoulement échoue et ces éléments arrivent à l'état conscient sous forme déformée, en tant que symptômes anxieux. Cependant, comme le souligne Rothman, et coll., (2004, p. 119), ces différentes approches ne rendent pas à suffisance compte des processus biologiques, psychologiques et sociaux impliqués

intégralement et en interaction dans la survenue d'une pathologie. Aussi allons-nous recourir ici à l'approche biopsychosociale.

Pour les tenants de l'approche biopsychosociale, le critère majeur dans l'identification de la maladie a toujours été comportemental, psychologique et social par nature. En effet, plutôt que de parler de la maladie entendue comme « ce qui ne va pas avec le corps en tant que machine ; on l'exprime en termes d'anatomie altérée ou de pathophysiologie » (Weston, 2005, p. 389), la notion de symptômes est importante car, elle correspond selon Weston à l'« expression unique d'une personne qui se sent malade : ses pensées, ses émotions et ses comportements de celle-ci dans un espace-temps particulier » et permet au professionnel de la santé d'essayer de comprendre la réalité telle que perçue par la personne. Cette habileté, qu'on appelle empathie, est importante pour le modèle biopsychosocial qui souligne l'importance à accorder aux symptômes tels que présentés par la personne.

L'attente dans cette recherche était que l'anxiété influence la remédiation aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé (HR2). En effet, l'adolescent qui va mal, c'est presque un lieu commun de l'imaginaire collectif, un topos bien admis. Pour autant, parce que ce mal-être est cliniquement caractérisable comme relevant de la pathologie (anxiété généralisée, dépression), il s'agit de prendre la mesure de sa gravité parmi les jeunes adolescents et de réagir à la hauteur de l'enjeu sanitaire qu'il représente. L'analyse des récits de nos participants montre que le sentiment de peur est le premier sentiment qui se trouve à l'origine de la plupart de leurs comportements, conscients ou conditionnés. Il s'agit pour eux, d'un phénomène psychologique à caractère affectif marqué, qui accompagne la prise de conscience justifiée ou non d'un danger, d'une menace pour la vie ou la sensibilité du sujet, et qui peut prendre la forme soit d'une émotion-choc (affolement, alarme, alerte, effroi, épouvante, frayeur, terreur), soit d'un sentiment pénible d'insécurité, de désarroi à l'égard d'événements de gravité variable, actuels ou prévus (angoisse, appréhension, crainte, inquiétude).

Nos résultats montrent en effet que l'anxiété appelle la parole, la verbalisation. Mais encore faut-il avoir conscience du problème. L'absence de cette prise de parole engendre chez nos participants, des inquiétudes l'incertitude se manifestant par un sentiment de crainte aux allures multiformes : peur de son propre physique, des médicaments, des produits dopants, de la mort et même inexplicée chez certains. Ces résultats montrent que les jeunes sont de plus en éprouvés, du point de vue psychique, par ce sentiment ; d'autant plus que les conditions

sociales de production de cette souffrance semblent plus que présentes si l'on se réfère aux recherches portant sur les paradoxes de l'existence dans un monde hypermoderne.

Dans une perspective développementale, l'évolution des stratégies d'exploration spontanées de l'inconnu reste très peu documentée dans la littérature scientifique. Toutefois, il existe quelques études qui ont tenté d'évaluer le degré de tolérance face à l'ambiguïté à différents âges du développement. Ainsi, les premiers travaux, notamment ceux de Harrington et al., (1978) relèvent par exemple l'existence précoce d'une intolérance à l'ambiguïté dès l'âge de 3 ans et demi en utilisant des situations d'exploration et un index d'anxiété face à un environnement non prévisible ou peu structuré. Or, à l'adolescence, la montée des incertitudes crée chez nos participants un profond mal-être avec idée de suicide. En effet, les résultats montrent que l'amollissement du lien social fait en sorte que l'individu soit de plus en plus obligé de s'appuyer sur lui-même, sur ses capacités personnelles, sa subjectivité, voir son intériorité.

A ce titre et nous inspirant du modèle biopsychosocial dans sa composante biologique, nous pensons que face à une perspective indécise, l'individu initierait une estimation provisoire des probabilités qu'il ajusterait ensuite à la hausse ou à la baisse sur la base de la simulation de l'ensemble des distributions imaginables. Cette simulation sera ainsi déterminante quant à la quantité d'ambiguïté perçue. Cependant, il faudrait préciser que cette conception strictement cognitive ne saurait expliquer à elle seule l'influence qu'aurait l'anxiété sur la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé. Les données issues des récits des participants sont d'avis avec Pulford et Colman (2007b) qui ont avancé l'hypothèse d'une origine affective et émotionnelle en lien avec l'état physiologique troublant suscité par l'incertitude. C'est dans ce sens que se comprennent Guellai & Esseily (2018) qui, pour expliquer les troubles de comportements à l'adolescence, observent que :

« Les attitudes paradoxales, les retours en arrière, le développement épisodique de comportements qui contrastent avec le comportement habituel, donnent à l'ensemble du développement de l'adolescent une allure souvent hétérogène, en mosaïque, juxtaposant dans un même domaine des conduites de maturité inégale. L'adolescent revient facilement à des modes d'agir ou d'être infantiles, que l'on croyait depuis longtemps révolus, alternant avec des moments où il fait preuve au contraire d'une maturité étonnante pour son âge. Ce mouvement d'avancées et de reculs, caractéristique de l'adolescence, et qui a besoin d'être toléré, risque d'être stoppé ou dérégulé par des attitudes inadéquates de l'entourage. » (Guellai & Esseily, 2018, p.208).

On voit donc ici que l'hypothèse de la nature émotionnelle de l'incertitude conduit à envisager le lien entre l'aversion à l'ambiguïté et les théories du double processus. Selon nos résultats, il apparaît que tout comme l'effet du cadre, l'aversion à l'ambiguïté pourrait constituer un biais d'origine émotionnel qui s'inscrit dans une compétition entre deux types de stratégies : l'analyse rationnelle de la situation et la stratégie heuristique consistant à considérer un manque d'information comme dangereux et conduisant les individus à rejeter de façon systématique une option ambiguë, au profit d'une option sûre ou risquée pouvant pourtant s'avérer moins avantageuse. Ce qui expliquerait la décision de prise de risque et par conséquent l'addiction aux substances psychoactives. En effet, les adolescents doivent franchir des phases clés de leur développement, et il est important qu'ils comprennent les tâches à effectuer pour contextualiser des inquiétudes normales. Or, un poids énorme pèse sur l'adolescent qui se projette dans sa vie d'adulte. La société normalisée lui en demande un peu trop. Accablé par une information anxiogène en continu, ou écrasé par le modèle de l'enfant parfait, il doit en outre faire le choix d'une réussite dont il sera l'unique moteur et ce, alors même qu'il a conscience que la donne de départ n'est pas tout à fait équitable. C'est ici le lieu de faire recours à la notion d'empathie chère à Engels (1977 ; 1980). Pour cet auteur, bien que l'empathie n'entre pas dans les dimensions biopsychosociales, elle en constitue l'élément clé dans la récolte d'information et la réussite de l'intervention avec la personne et son environnement.

6.4. Interprétation et discussion des résultats de l'hypothèse HR3

La construction du soi chez un individu devrait avoir pour objectif sa pleine réalisation au sein de la société en tant qu'être de valeur et de participation. L'adolescence représente dès lors, le moment où le sujet peut entrer dans cette quête de sens et où il cherche à être valorisé pour la contribution qu'il peut apporter aux autres. En effet, c'est pendant l'adolescence que les adolescents commencent à contester les décisions et les règles parentales. Les relations avec les parents perdent de l'importance au profit des relations avec les pairs. L'interaction avec les pairs devient particulièrement plus importante chez l'adolescent lorsque débute le processus de détachement des parents. L'adolescent doit alors retrouver une autre structure pour ajuster ses comportements et former son identité.

Vu sous cet axe, les processus de valorisation représentent la dynamique par laquelle le sujet adolescent accorde du sens et de la valeur à son existence pour atteindre la réalisation de soi ou l'accomplissement de soi. Pour Dumora et Boy (2008), ces processus contribuent au développement du « soi », envisagé ici comme « une construction qui procède autant de

l'intérieur (de la mémoire, des sentiments, des croyances, de la subjectivité) que de l'extérieur (de l'estime que les autres nous portent, des attentes que nous reconnaissons très tôt dans nos différents contextes de vie, et de notre culture » (, p. 5-6).

Du point de vue théorique, l'approche humaniste semble appropriée pour soutenir cette partie de notre recherche. Développée pour favoriser le développement de soi, dans une vision positive de ses capacités, l'approche humaniste postule que chaque être humain est unique et a les capacités d'être autonome, de se développer et de réaliser son potentiel. Cette approche considère que tout être humain est bon et qu'il peut se servir de cette base pour faire des choix en accord avec ses valeurs et éviter ainsi les comportements déviants. A ce titre, elle encourage chaque individu à se connecter à ses sensations afin de se relier au processus interne. Autrement dit, l'approche humaniste soutient les notions de respect de la personne, de responsabilité et de liberté de ses choix en s'appuyant sur l'authenticité de l'expression, le besoin de développement de l'être, sa capacité à être créateur et son courage à se dépasser. Aussi dit-on d'elle qu'elle donne toute son importance à la relation existentielle en la considérant comme constitutive de l'être.

Les tenants de cette approche voudraient présenter une conception optimiste de l'homme, considéré dans une unité, comme un sujet, responsable de ses choix, capable de « croissance », de « développement » et de « réalisation ». C'est dans ce sens que s'inscrit Early (1994) lorsqu'il soutient qu'une plus grande « connaissance de soi » permettrait de manière mécanique une plus grand d'initiative et adaptabilité personnelles et des relations interpersonnelles harmonieuses pour finalement, par agrégation des efficacités individuelles et relationnelles, produire une efficacité collective et organisationnelle.

L'attente dans cette recherche était que la dévalorisation de soi oriente la remédiation aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé (HR3). En effet, l'adolescence se caractérise par d'importants changements dans l'univers social et relationnel des individus. Ces changements s'expriment de trois manières : élargissement de l'univers social, différenciation des relations et construction d'un univers social propre. Du point de vue social, il importe de préciser que le milieu social particulier où grandit l'enfant ou l'adolescent a des répercussions évidentes sur la croissance de l'individu ; certains contextes sociaux sont favorables au développement, alors que d'autres sont porteurs de risques. La pauvreté matérielle par exemple, représente le facteur social le plus pénalisant pour la croissance, mais il existe d'autres sources d'adversité, comme le fait de vivre dans une

famille dysfonctionnelle ou abusive, la monoparentalité ou le fait d'habiter un quartier difficile d'une ville ou d'une banlieue.

Certains besoins à l'adolescence rendent à suffisance compte aussi bien de la différenciation des relations que de la construction d'un univers social propre. Le besoin de considération est ainsi important pour parvenir à vivre en société et cela encourage aussi les apprentissages car le mérite, les compétences et la valeur sont reconnus. Par ailleurs, l'adolescent a aussi des besoins de valeurs. Il s'agit de l'éthique avec le besoin de bien et de bon à l'aide de la morale, de l'humanisation et du vivre-ensemble. Puis vient la notion de l'esthétique avec le besoin de Beau qui implique joie, émerveillement, admiration et plaisir. Et, enfin, la véracité avec le besoin de la quête de la Vérité accessible grâce à la connaissance, l'ouverture à l'autre et au doute méthodique.

Analysés au prisme de l'estime de soi, les résultats montrent que nombreux sont les participants qui affirment avoir pensé que leurs parents ne les aiment pas parce qu'ils ne valent rien. Par ailleurs, l'analyse des récits fait ressortir le fait que lorsque l'image idéale à l'adolescence est très éloignée de l'image réelle dans un domaine qui compte à leurs yeux, ce n'est pas très propice à l'estime de soi. Ainsi, si l'adolescent a des comptes à régler avec son héritage, il peut tendre vers des extrêmes, afin de se différencier et d'affirmer ce qui lui appartient en propre. Les discours font aussi état de ce que l'adolescent ressent le pouvoir intrusif de l'autre et cherche à y échapper par des conduites d'opposition et d'attaque, en se faisant du mal. Ce qui nous a permis de conclure que chez nos participants, la valorisation de l'individu propre aux nouvelles démocraties peut alors être traduite dans la répartition des actes perçus négatifs dans son entourage.

Ces résultats peuvent aussi se comprendre au travers de la perspective développementale de l'estime de soi de Harter (1983 ; 1989). En effet, souligne cette auteure, la diversité et l'importance pour la personne des domaines du soi changent avec l'âge. Ainsi, l'importance qu'accordent les adolescents à chacun de ces domaines viendrait de celle accordée par ceux dont ils attendent le soutien social : les pairs et les parents. Dans cette perspective, l'apparence physique, l'acceptation sociale et la compétence athlétique, parce qu'ils sont davantage valorisés par les pairs, seraient les domaines où la perception de compétence de l'adolescent serait liée à leur soutien. De la même façon, la compétence scolaire et la conduite/moralité étant des domaines de fonctionnement jugés plus importants par les parents, c'est la perception de compétence dans ceux-ci qui serait liée au soutien parental (Halteret al., 1992 ; Harter & Marold, 1993).

Appréhendés à travers le sentiment de rejet qui est, faut-il le rappeler, un sentiment qui naît le plus souvent pendant l'enfance, les données montrent que ce sentiment est perçu par nombre de participants (la grande majorité) comme le sentiment d'avoir été abandonné par les parents. Ceci se traduit par le fait que les parents ne satisfont pas à leurs besoins. Pour eux les parents ont « jeté l'éponge » en ce qui concerne leur avenir. Pour d'autres, l'absence de soutien ponctuée par un manque de considération serait la pomme de discorde dans les relations parents-enfants et source du sentiment de rejet. Il s'agit ici d'un manque terrible d'attention, d'amour ou juste l'impression de ne compter pour personne, de ne pas avoir sa place, une charge trop lourde pour l'adolescent. Enfin, l'existence d'une relation anxieuse-ambivalente propre au type d'attachement évitant et/ou ambivalent favoriserait certaines caractéristiques propres à la relation entre l'adolescent et ses parents ainsi que ses pairs, caractéristiques pouvant avoir un impact sur le développement d'une symptomatologie en lien avec le sentiment abandonnique. L'on pourrait alors conclure que le rejet social, l'isolement social, la victimisation et les relations conflictuelles sont des éléments relationnels associés à une plus grande vulnérabilité au développement du sentiment de rejet.

Ces résultats peuvent se comprendre au travers du le mouvement du potentiel humain qui postule que le potentiel humain de tout individu est sous-exploité et est axé sur l'élargissement de la perception, de la conscience corporelle et de la communication avec autrui, à travers des techniques de développement qui visent moins à guérir une maladie qu'à libérer et épanouir le potentiel de chacun, réprimé par l'environnement et principalement par les normes sociales. Cette approche montre en effet que l'absence d'une relation saine entre l'enfant et ses parents et/ou ses pairs emmène à penser que les ressources de l'individu sont étouffées.

Nos résultats sont ainsi en congruence avec ceux d'autres chercheurs notamment, ceux qui sont favorables à un environnement propice au développement. Pour les tenants de cette approche, les conditions d'un environnement propice au développement de soi supposent des interactions sociales réussies, favorisant la valorisation des sujets. Ces conditions, souligne Lazzeri et Caillé (2004) peuvent être explicitées grâce aux recherches conduites sur la reconnaissance qui indiquent qu'un environnement favorable devrait comprendre : 1) la création et la communication d'un système de règles et de normes garantissant le développement égal de chaque sujet et auquel chacun peut se référer pour comprendre ce qui est attendu de lui et évaluer ses actions ; 2) la participation de chacun à l'élaboration de ces systèmes symboliques (de règles et de normes). De son côté, Corosin (2013) affirme que la

nature des interactions sociales ainsi mises en œuvre devrait pouvoir indiquer la valeur attribuée à l'action, aux efforts du sujet et à la satisfaction des autres acteurs concernés par cette action.

C'est également dans cette perspective que s'inscrivent les tenants de l'approche humaniste qui l'appréhende comme un outil permettant de favoriser l'élargissement de la perception d'un individu, de sa conscience corporelle, et sa communication avec autrui, à travers des techniques de développement qui visent moins à guérir une maladie qu'à libérer et épanouir ses potentialités, réprimées par l'environnement, en particulier par les normes sociales.

En un mot l'on retient que les résultats obtenus indiquent clairement que la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives oriente certains déterminants de la détresse psychologique chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

6.5. Perspectives

Ici, concernant plus spécifiquement la détresse psychologique et remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents ; nous nous pensons qu'il faudrait approfondir chacune des problématiques de la chaîne des thèmes, sous thèmes et des questions de relances qui ont été identifiés. Parce que en temps normal une perspective voudrait qu'on fasse une vision future sur la situation, le problème ou les difficultés liés à la capacitation de ces adolescents.

Dans cette partie de notre travail, nous jugeons mieux de faire quelques suggestions qui est d'ailleurs relatives à la méthodologie employée dans le cadre de cette étude.

Aux futurs chercheurs, nous suggérons ce qui suit : pour qu'il ait peut-être une inférence au niveau des résultats des recherches futures, nous proposons d'accroître encore la taille de l'échantillon. De plus pour prétendre de la véracité de la théorie de stades de changement de comportement Prochaska et Di Clemente de 1982 ; la théorie biopsychosocial et l'approche humaniste de Carl Rogers de 1950. Il serait important de mener une étude sur toute l'étendue du territoire camerounaise, voire dans toute l'Afrique et si possible de distinguer chacun de sexe dans une étude, afin de mieux améliorer la validité de contenu, il serait aussi très important de rendre contextuel les thèmes et de l'addiction des adolescents en situation de détresse psychologique.

Au gouvernement, de pouvoir implanter plus des institutions de la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives et de recruter aussi plus de professionnel de ce domaine. Et d'accorder plus d'attention à l'éducation car l'école est d'ailleurs le maillon incontournable pour le développement social.

Aux bailleurs de fonds de financer la recherche dans ce domaine pour étudier la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives ; d'aider le gouvernement à assurer la responsabilité de prise en charge des adolescents addicts aux substances psychoactives.

Aux organisations non gouvernementales (ONG) d'encourager l'initiatives des activités génératrices de revenus souhaitées.

Aux parents de ces derniers, de ne pas abandonner leur éducation à l'éducateur spécialisée seulement. Ils doivent s'associer pour la réussite de l'enfant.

6.6. Suggestions

Il faut dire que le lien entre la détresse psychologique et remédiation à l'addiction aux substances psychoactives fournit certainement des pistes pour la compréhension pour ces adolescents, la prise des drogues est une solution pour surmonter la détresse psychologique. Autrement dit, pour ce dernier prendre une drogue c'est avoir un comportement d'inhibition, c'est l'auto-guérison psychologique ou mental. Malgré la lutte contre la drogue de toute nature par le gouvernement, l'on constate toujours l'usage fort chez les adolescents. Ici, il faut plus de stratégies de sensibilisation sur les méfaits de la drogue ; organiser de conférence débat au sein des lycées public et privés.

Aux travailleurs de ce domaine de mieux sensibiliser les jeunes aux effets immédiats du tabagisme, de l'alcoolisme et du tabagisme pour la santé, d'entreprendre des campagnes d'information de l'opinion publique qui rejoint celles des parents, et d'intervenir pour des mesures gouvernementales destinés à réduire la drogue. En fin, une prévention suppose une communication réciproque échange avec un langage simple et claire que la consommation des drogues n'est nullement pas considérée. Comme un remède à nos soucis permettant une intégration tant de connaissances.

Au gouvernement il faut également les suggérer sur le plan des mesures telles que la restriction de l'accès aux substances dangereuses, le contrôle des publicités, l'imposition de taxes spéciales et la mise en place de programme de prévention basés sur des preuves peuvent contribuer à limiter la disponibilité et l'accessibilité des substances addictives.

En comblant l'éducation, la sensibilisation du public et une réglementation efficace des substances psychoactives, il est possible de prévenir efficacement l'addiction et ses conséquences néfastes sur la santé individuelle, sociale et économique. Il faut dire que cette réglementation des substances psychoactives par le biais de politiques publiques et de lois peut jouer un rôle essentiel dans la réduction de l'offre et de demande de ces substances.

Des mesures telles que la restriction de l'accès aux substances dangereuses, le contrôle des publicités, l'imposition de taxes spéciales et la mise en place de programmes de prévention basés sur des preuves peuvent contribuer à limiter la disponibilité et l'accessibilité des substances addictives.

En fournissant des informations factuelles sur les effets des drogues, les mécanismes de dépendance et les stratégies pour résister à la pression de la détresse psychologique ; l'éducation peut aider à renforcer la résilience des individus face aux tentatives de la consommation de substances.

Les campagnes de sensibilisation peuvent aider à réduire la stigmatisation associée à la dépendance, encourager le dialogue ouvert sur le sujet et promouvoir des comportements sains et responsables. La suggestion de l'addiction à travers l'éducation, la sensibilisation et la réglementation des substances revêt une importance cruciale pour réduire les risques liés à l'usage de ces substances. Voici quelques points soulignant l'importance de ces mesures préventives : elle vise à informer les individus en particulier les adolescents, sur les risques et les conséquences de l'usage de substances psychoactives.

Il faut également la substitution pharmacologique qui est souvent associée à un médical régulier et une thérapie comportementale pour maximiser les chances de succès du traitement. Il faut noter que le traitement de l'addiction est souvent individualisé en fonction des besoins spécifiques de chaque patient. Les approches thérapeutiques peuvent être combinées et adaptées en fonction des circonstances pour offrir un soutien complet et efficace aux personnes en processus de rétablissement.

Tant que le public n'est pas suffisamment informé elle peut avoir des répercussions familiales plus précisément sur les enfants ; les dysfonctionnements familiaux : l'addiction peut perturber le fonctionnement familial en créant du stress, des conflits et des déséquilibres au sein du foyer ; l'impact sur les enfants de parents dépendants peuvent souffrir de « négligence » ; de mauvais traitements, de troubles émotionnels ou comportementaux, et peuvent être plus susceptibles de développer des problèmes similaires à l'avenir.

L'addiction peut avoir des repercussions profonde et etendues sur le plan social, economique et familiale. Alors voici quelques-unes de consequences les plus courantes de l'addiction dans ce domaine :a savoir la repercusion sociale (isolement socila : les personnes souffrant d'action peuvent s'isoler socialement en raison de la stigmatisation associée a la dependance,de la honte ou de la difficulté à maintenir de relation sain) ;probleme relationnel (l'addiction peut entrainer des conflits et de tension dans les relations interpersonnel conduisant a de rupture familiale ou professionnelles).Il faut egalement dire que sur le plan de la psychose : l'abus de certaines substances peut declencher des symptomes psychotiques, tels que des hallucinations ou des idées delirantes.

Il faut aussi suggerer les consequences qui peuvent entrainer sans la prise en charge cette derniere. La consequence sociale et professionnelles :la dependance peut egalement avoir un impact negatif sur les relations sociales, le travail et la situation financiere de l'individu, pouvant entrainer l'isolement social ; le chomage et de difficulté financiere.

Il est essentiel de reconnaître ces effets nefastes pour sensibiliser aux risques lié a la dependance et encourager les individus à rechercher de l'aide pour surmonter leur probleme de dependance. Un traitement approprié et un soutien adequat peuvent aider a atenuer ces effets et a ameliorer la santé globale des personnes dependantes.

Il faut noter aussi les effets sur la santé mentale : trouble de l'humeur (la dependance a certaines substances psychoactives peuvent aggraver les troubles de l'humeur existant, tels que la depression et l'anxiété) ; trouble cognitif (certaines substances peuvent alterer les fonctions cognitives, comme la mémoire, la tension de la prise de decision) ; psychose : l'abus de certaines substances peuvent declencher des symptomes psychotiques, tels que des hallucinations ou des idée delirantes.

Nous sugerer aussi la consequence sociale et professionnelle (la dependance peut egalement avoir un impact negatif sur les relations sociales, le travail et la situation financiere des individus) pouvant entrainer plutard l'isolement social, le chomage et de difficultés financiere.

Il faut suggerer aussi les effets qui peuvent arriver sur le plan physique telque le probleme cardiovasculaire (la consommation des substances telque la cocaine ou les stimulants peut augmenter le risque de probleme cardiaque, telque des arythmies cardiaque ,de crise cardiaque ou des accidents cardio-vasculaires cerebraux) ; problemene

respiratoires a savoir fumer de substance comme le tabac peut endomager le poumon et augmenter le risque de maladies respiratoires, telque la bronchite chronique.

L'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents est un probleme serieux et preoccupant en raison de ses impacts sur leur santé physique, mentale et emotionnelle, ainsi que sur leur developpement global. Les substances psychoactives peuvent alterer le fonctionnement du cerveau en developpement des adolescents, entrainant de probleme de mémoire, d'apprentissage et de prise de decision. De plus, l'addiction peut conduire a de comportement à risque, de troubles mentaux et de difficultés sociales.

Il est crucial de sensibiliser les adolescents aux dangers de l'abus de l'absence et de leur fournir un soutien adequat pour prevenir et traiter l'addiction. Les interventions precoces et les programmes de preventions ciblées peuvent jouer un rol primordial dans la reduction de l'usage de substance chez les adolescents et dans la promotion de mode vie sain.

**CONCLUSION GENERALE DE LA
RECHERCHE**

« La détresse psychologique et remédiation a l'addiction aux substances psychoactive chez les adolescents internés à l'hôpital de Yaoundé » était l'intitulé de notre sujet de recherche. Tout au long de ce travail nous avons explicité la détresse psychologique. Nous pouvons maintenant dire que le domaine de la détresse psychologique est vaste et complexe et notre travail n'a pas pris en compte toute la problématique de celle-ci. L'évolution de ce concept tient en partie au travail sur la notion de maladie. C'est l'acceptation de ce trouble en tant que maladie qui a propulsé la remédiation a l'addiction aux substances psychoactive chez les adolescents internés à l'hôpital de Yaoundé.

La détresse psychologique est une souffrance physique et psychologique selon Durlaud (1904). Cependant, il faut préciser que cette souffrance conduit souvent à des conséquences néfastes. Les chercheurs en général reconnaissent à la détresse psychologique cinq (5) caractéristiques générales qui sont entre autres : la tristesse, l'anxiété, l'irritabilité, la dévalorisation de soi et la dépression.

En effet, la consommation de substances psychoactives chez les adolescents est présente. La consommation considérait par les adolescents en situation de détresse psychologique comme une solution ou une auto-guérison peut avoir des effets délétères sur la santé. Un certain nombre de l'addiction et d'autres troubles liés à la consommation de substances psychoactives ciblés sur les adolescents ont été mis au point. Toutefois, il est nécessaire de poursuivre les recherches afin d'améliorer le changement de comportement de ces jeunes et la prévention. Nous avons également des associations entre les troubles traumatismes, la déficience intellectuelle causée par les produits addictogènes. Bien que nous ayons mis en évidence certains éléments chez les adolescents addicts, notre travail de recherche est loin d'être exhaustive. L'addiction aux substances psychoactives est un sujet qui est d'actualité mais vraiment vaste.

De plus, les théories explicatives expliquent clairement notre objet d'étude avec beaucoup d'intérêt. Le modèle Trans théorique autrement appelé modèle des « stades du changement » développé par Prochaska et DI Clemente (1982) suggère la modification d'un changement relatif à la santé s'opère à travers cinq stades : la pré réflexion, la réflexion, la préparation, l'action et la consolidation. Ce modèle considère que si différents facteurs ont une influence sur le passage d'un stade à un autre. Ce pendant les individus devraient mieux réagir aux interventions adaptées aux spécificités du stade auxquels ils se trouvent.

Nous avons utilisé également le modèle biopsychosocial de la santé ainsi que l'approche humaniste de Carl Rogers de 1950. Cette approche humaniste considère que tout être humain est bon et qu'il peut se servir de cette base pour faire des choix en accord avec ses valeurs et éviter ainsi les comportements violents. Mais dans le cas de ces comportements a la possibilité de faire le choix pour s'en sortir de la situation.

Notre objectif était d'établir la relation entre la détresse psychologique et remédiation a l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé. Pour ce faire, nous nous sommes posée la question de recherche suivante :la remédiation aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé peut-elle etre orientée par la détresse psychologique ?

En guise de réponse provisoire à notre question de recherche, nous avons formulé l'hypothèse générale suivante : la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot est significativement orientée par certains déterminants (la tristesse, l'anxiété et la dévalorisation de soi) de la détresse psychologique lorsque ceux-ci sont pris en compte dans le protocole thérapeutique. Bien évidemment cette hypothèse générale découle les hypothèses spécifiques à savoir :

- La tristesse oriente la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé
- La dévalorisation oriente la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé.
- L'anxiété oriente la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

Nos résultats sont en congruence avec ceux d'autres chercheurs et justifient le fait que les adolescents apparaissent inconstants dans leurs comportements qui oscillent entre peur et anxiété, sentiments de supériorité et sentiments d'infériorité. Ils manquent de confiance en soi et apparaissent psychologiquement fragiles. Les adolescents tendent à être vulnérables aux opinions naïves et aiment exagérer les événements mineurs. Les adolescents subissent des changements hormonaux qui occasionnent des émotions difficiles à comprendre. Ils peuvent régresser à des états infantiles et immatures. Boko (2009) observe que l'adolescent est un jeune qui ressent une impression de dépassement, entre en contradiction avec lui-même. Ceci rend compte de ce que la liberté et le désir sont de grandes richesses, mais aussi de grandes menaces pour le narcissisme.

Dans leur quête d'autonomies, les adolescents aiment copier des comportements inhabituels et veulent se montrer agressifs, audacieux. Ils s'identifient aux groupes et sont parfois insensibles à ceux qui ne font pas partie de leur groupe. Or, force est de préciser que les adolescents sont socialement vulnérables en ce sens qu'ils se rebellent contre les normes établies par les adultes ; ils tendent à défier l'autorité et expriment souvent le besoin de s'affirmer.

C'est tout le sens de Martin (2010) qui, analysant les problèmes qui sont liés à la crise d'adolescence, il en identifie les causes, notamment les mauvaises fréquentations des adolescents, et le rejet par les pairs. Parmi les comportements agressifs que manifestent ces jeunes en détresse, il cite la délinquance, la tristesse, la frustration, la rage et la colère.

De tout ce qui précède, nous pouvons dire que les résultats obtenus à partir d'une enquête d'un échantillon de 30 participants de la ville et précisément à l'hôpital Jamot de Yaoundé nous oriente clairement que la remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé influence la détresse psychologique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Aktouf. O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approches qualitatives des organisations*. Une introduction à la démarche classique et une critique. Montréal : Les presses universitaires du quebec.

Aktouf. O. (2014). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : une introduction à la démarche classique et une critique quebec : presses de l'Université du quebec*, (pp 10-25).

American Psychiatric Association (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*, 5^e édition. Elsevier Masson SAS ; : Issy-les-Moulineaux : APA,

Bandura.A (1997). *Self-efficacy: the exercice of control*. W.H.Freeman and company.

Bandura.A.(1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. NJ; prentice hall.

Beesdo.B.K.(2012). *Developmental epidemiology of anxiety disorders*. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 21(3) :457–78

Bergeret, J. (1991). *Les conduites addictives : approche clinique et thérapeutique*. Odile Jacob

Bergeron, H. (2009). *Sociologie de la drogue*. Edition, Collection sociologie (14)

Boko, C. G. (2009). *Psychologie et guidance en milieu africain : introduction à une relation éducative plus réussie entre éducateurs parents et enfants africains*. Cotonou : CAAREC.

Boko, C. G. (2009). *Psychologie et guidance en milieu africain : introduction à une relation éducative plus réussie entre éducateurs parents et enfants africains*. Cotonou : CAAREC.

Brusset, B. (2004). Dépendance addictive et dépendance affective. *Revue Française de Psychanalyse*,2(68), p.405-420.

Burkholder.G.J. et Nigg (2002) Overview of the transtheoretical model. *Inp.M.Burbank promoting exercise and behavior change in older adults*. Interventions with the transtheoretical Model (P.57-84).

Cassandel.L.2020), *Pédopsychiatrie-addictologie* (Vernazobres-Grego,415).

Chabert C.A.J (1999). *Etats de détresse*. P.U/F.

Corcos.J.(2000). Conduite de dépendance à l'adolescence. Aspects étiopathogénétique et clinique. *Encyclopédie-chirurgicale, psychiatrie*, p.37-216.

- Coslin, P.G. (2003). *Les conduites à risque à l'adolescence*. Armand Colin.
- Coslin.P.G. (2007). *La socialisation de l'adolescent*. Armand Colin
- Couture. M. R.P. (1997). *La recherche en science et en génie : guide pratique et méthodologique*. Laval : Presses de l'université laval
- Descombe, J.P. (2005). *L'économie addictive : L'alcoolisme et autres dépendances*. Dunod.
- Dumora, B. (2008). *Les perspectives constructivistes et constructionnistes de l'identité (1ère partie)*. *Orientation scolaire et professionnelle*, 37(3), 1-12.
- Dumora, B. (2008). *Les perspectives constructivistes et constructionnistes de l'identité (1ère partie)*. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 37(3), p.1-12.
- Foda Djouda, J. A. (2017). *Rapport d'enquête sur la consommation de la drogue en Milieu scolaire à Yaouné*.www.aefjn.org
- Fortin, M-F. (2006). *Fondements et les étapes du processus de recherche*. Chenelière Education
- Grawitz.M.(2001) *Méthodologie des sciences sociales* : Dalloz
- Groun.M.(2010). *La socialisation problématique et les troubles de comportement extériorisés chez des adolescents en milieu scolaire. Thèse de Doctorat en Psychologie à l'Université du Québec*.
- Guellai, B.R. (2018). *Psychologie du développement*. Armand Colin.
- Guibert.C. (2021). *Littératie en matière de nouvelles substances psychoactives : état des lieux chez les jeunes et liens avec les usages, attentes et effets perçus*. (Mémoire de master, Université de Liège). [Http : //hdl. Hanle net 2268.2/13339.URL](http://hdl.handle.net/2268.2/13339)
- Haller.R. (2013). *Une critique sociale du temps*. La Découverte, coll. « Théorie critique ».
- Harter, S (1993). The directionality of the link between self-esteem and affect: Beyond casual modeling. Dans D. Cicchetti et S. L. Toth (éds), *Rochester Symposium on Developmental Psychology: Disorders and disfunctions of the self* (Vol. 5, pp. 333-370). University of Rochester Press.
- Harter, S. & Whitesell, N. R. (1992). *A model of psychosocial risk factors leading to suicidal ideation in young adolescents*. *Development and Psychopathology*, 4, 167-188.

Harter, S. (1983). *Developmental perspectives on the self-system*. Dans E. M. Hetherington (éd.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development* (Vol. 4, pp. 275-386). John Wiley.

Harter, S. (1983). *Developmental perspectives on the self-system*. Dans E. M. Hetherington (éd.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development* (Vol. 4, pp. 275-386). John Wiley.

Harter, S. (1989). *Causes, correlates and the functional role of global self-worth: A life-span perspective*. Dans I. Koligan et R. Sternberg (éds.), *Perceptions of competence and incompetence across the life span* (pp. 43-70). Springer Verlag.

Harter, S. (1989). *Causes, correlates and the functional role of global self-worth: A life-span perspective*. Dans I. Koligan et R. Sternberg (éds.), *Perceptions of competence and incompetence across the life span* (pp. 43-70). Springer Verlag.

Harter, S. (1992). *A model of psychosocial risk factors leading to suicidal ideation in young adolescents*. *Development and Psychopathology*, 4, 167-188.

Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press.

Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press.

Harter, S., & Marold D. B. (1993). *The directionality of the link between self-esteem and affect: Beyond casual modeling*. Dans D. Cicchetti et S. L. Toth (éds), *Rochester Symposium on Developmental Psychology: Disorders*

Heure, P. & Marty. (2007). *Alcool et adolescence. Jeune en quête d'ivresse*. Albin Michel

Hill. C. (2016). *Anxiety disorders in children and adolescents*. *Paediatr Child Health* 26(12):548–53.

Institut National de santé publique Québec (2010) *l'usage de substance psychoactive chez les jeunes Québécois*

Institut National de santé publique Québec (2010) *l'usage de substance psychoactive chez les jeunes Québécois*

Institut Nationale de la santé et de Recherche Médicale. (2003). *Facteurs cliniques productifs d'abus ou dépendance*. In INSERM(Ed). *Alcool. Dommages sociaux. Abus et dépendance* (536).

Jeammet, Ph. (2000). *Conduites de dépendance à l'adolescence*. Masson.

- José.G (Avril 2015). Une pratique généraliste du service social informé par la neuroscience sociale : *et pourquoi* (Mémoire. Université Laurentienne). URL
- Lapointe.J. (2022). Les processus de changements du modèle transthéorique au cœur d'une intervention d'activité physique : *une série de devis expérimentaux à cas unique*
- Lapointe.J. initiale. 2022. *Les processus de changement du modèle Trans théorique au cœur d'une intervention d'activité physique*. Une série de devis expérimentaux à cas unique. Université du Québec à Montréal
- Makoukang. E.T (Octobre 2019). *Consommation de la drogue chez l'adolescent et vécu parental : une étude de cas* (Mémoire de master, Université de Yaoundé 1).
- Makoukang. E.T (Octobre 2019). *Consommation de la drogue chez l'adolescent et vécu parental : une étude de cas* (Mémoire de master, Université de Yaoundé 1).
- Mavegam O. S. 2018. *Comportement d'auto-détermination et sentiment d'auto efficacité chez les déficients intellectuels léger : cas des adolescents porteurs de trisomie 21*. Faculté de science de l'éducation à l'université de Yaoundé.
- Noumbissie. C.D. (2016) *attitude et changement de comportements sexuels face au VIH /SIDA*, Edition Universitaire Européennes
- Nzokou. p.A. Initiale. *Rapport de stage effectué du 04 juin au 30 Septembre 2019 au service de psychiatrie B de l'hôpital Jamot de Yaoundé*.
- Odier, N. (2014). *Apports des sciences sociales à la compréhension des addictions : un enjeu de santé publique*. (Thèse de doctorat. Marseille).
- Office des Nations Unis contre la drogue (2017) *Rapport mondial sur les drogues*
- Picherot.G (2014). *Addictions chez l'enfant et l'adolescent*. Montronge : Doin : pp 97-108.
- Pulford, B.D., & Colman, A.M. (2007). Ambiguous games: Evidence for strategic ambiguity aversion. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 60(8), p.1083–1100.
- Sabourin.C. 2023. *Impact de la participation aux activités sur la détresse psychologique d'élève athlètes au secondaire*. Université d'ottawa.
- Savoie.D. Initiale (1995). *L'influence du groupe des pairs sur l'abandon scolaire*, L'université du quebec à trois-rivieres.

Schwartz. B.C. (2019). Six decades of preventing and treating childhood anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis to inform policy and practice. *Evid Based Ment Health* 22(3) :103–10

Soucisse.M.M. Initiale (2021). *L'anxiété de performance à l'enfance et l'adolescence et accompagnement : état des connaissances cliniques et scientifiques. Québec psychologie. Volume 42 (Numéro 3) URI : <https://ideruditorq/iderudit/1084579ar>.*

TAIEB .H (30 Juin 2020). Apport du modele biopsychosocial dans la prise en charge pluridisciplinaire des dysfonctions temporo-mandibulaires. *These de doctora.URL.*

Walter HJ et al. (2020). *Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry;59(10):1107–24*

Yessoufou A. Initiale (2022). Crise d'adolescence et accompagnement socio-éducatif des élèves au CEG de Houeto A Abomey-calavi,Benin-European Journal of Education studies.*Volume 9 (Numéro 6)Doi : 10 .46827.*

ANNEXES

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

THE FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED EDUCATION

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX ADOLESCENTS

Monsieur, Je mène une étude dans le cadre de ma recherche universitaire sur le thème : « *Détresse psychologique et remédiation à l'addiction aux substances psychoactives chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé* ». Ainsi, Je vous prie de bien vouloir répondre en toute sincérité à ce guide d'entretien et je vous assure de la confidentialité des informations que je vais obtenir de vous, selon le code de déontologie de la profession de psychologue de l'éducation.

0- Informations sociodémographiques du participant

Date et lieu de l'entretien

Heure et début

Heure et fin

Age

Sexe

Région d'origine

Niveau d'éducation

Pendant cet entretien, je voudrais aborder avec vous certains évènements en relations avec **la détresse psychologique chez les adolescents internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé**. Ainsi nous allons autant que faire se peut, parcourir un ensemble de thème que je vais vous proposer. Mais en attendant, parler moi un peu de la maladie de votre enfant.

Brève histoire de la maladie de l'enfant

Je voudrais maintenant que nous abordions les thèmes que je vous propose. À chaque fois je vous donnerais le thème et je vous inviterai à me dire ce que vous pensez. Il s'agit, donc pour vous de développer vos opinions sur chacun des sous- thèmes qui vous seront proposés après le thème.

Thème 1 : *Tristesse*

Sous-thème 1 : Mélancolie.

Question de relance 1 : Avez-vous ressenti une sorte de nostalgie dans votre maladie ? Si oui, comment cela s'est manifesté en vous ?

Question de relance 2 : Quelles sont les stratégies que vous avez utilisées pour chasser ce chagrin ?

Sous-thème 2 : Déception

Question de relance 1 : Vous êtes-vous senti pendant une période dans un état d'amertume ? Si oui, comment se manifestait-il ?

Question de relance 2 : Comment avez-vous fait pour venir à bout de cette désillusion ?

Sous thème 3 : Découragement

Question de relance 1 : Êtes-vous parfois dans un moment désespérant ou démoralisant ?

Question de relance 2 : Quelles sont les dispositions que vous prenez pour vaincre cet état qui vous accable tant ?

Thème 2 : L'anxiété**Sous-thème 1 : État de panique**

Question de relance 1 : Comment se manifestent les moments de peur, de terreur ou de frayeur que vous traversez depuis que vous êtes interné dans cet hôpital ?

Question de relance 2 : Quelles sont les stratégies mises en place pour dépasser ces moments ?

Sous-thème 2 : Inquiétude pénible

Question de relance 1 : Comment se manifeste en vous un état de crainte pénible ?

Question de relance 2 : Quelles sont les stratégies que vous mettez en place pour vaincre cet état d'inquiétude pénible ?

Question de relance 3 : Considérez-vous ces stratégies comme des solutions d'une auto-guérison ? Si oui justifiez votre réponse

Question de relance 1 : Comment décrivez-vous les situations que vous traversez sans la prise de ces produits ?

Question de relance 2 : Comment faites-vous pour vous en sortir ?

Thème 3 : La dévalorisation de soi**Sous-thème 1 : Faible estime de soi**

Question de relance 1 : Il vous arrive souvent de penser que vous ne valez rien c'est pourquoi vos parents ne vous aiment pas. Comment cela se passe-t-il en vous ?

Question de relance 2 : Que faites-vous dans ce cas-là ?

Sous-thème 2 : Faible confiance en soi

Question de relance 1 : Quand il vous arrive de voir que vous ne croyez pas en vous-même comment le ressentez-vous ?

Question de relance 2 : Parfois il arrive que vous vous moquiez de votre propre situation et de vous manquer de respect envers vous-même. Dites-moi comment vous le vivez dans votre corps ?

Question de relance 3 : Quelles sont les stratégies que vous mettez en place pour surmonter ces situations ?

Sous-thème 3 : Le sentiment de rejet

Question de relance 1 : Avez-vous souvent le sentiment que vous avez été abandonné par vos parents ? Si oui justifiez votre réponse

Question de relance 2 : Que faites-vous pour surmonter ce sentiment ?

Thème 4 : stratégies aux caractéristiques cognitives

Question de relance 1 : comment préservez-vous le déficit d'attention sélective ?

Question de relance 2 : Quels sont les dispositifs permettant de remédier la lenteur de traitement dans le processus de traitement de l'information ?

Thème 5 : La remédiation cognitive**Sous-thème 1. Remédiation intégrée****Sous-thème 2 : L'intersection entre la médiation cognitive.**

Question de relance 1 : Comment selon-vous se passe la construction de la réalité ?

Question de relance 2 : Quelles sont les stratégies mises en place pour la construction de cette réalité ?

Sous-thème 3 : Remédiation différée**Sous-thème 4 : Intervention plus conséquente****Sous-thème 5 : Reconstruction complète.**

Question de relance : Comment réalisez-vous votre dispositif de remédiation différée ?

Merci pour votre collaboration

Grille d'observation

Thèmes	Codes	Sous-thèmes	Codes	Analyse et appréciation			
				(0)	(+)	(-)	(+ou-)
La tristesse	A	Mélancolie	A1				
		Déception	A2				
		Découragement	A3				
L'anxiété	B	État de panique	B1				
		Inquiétude pénible	B2				
		Incertitude	B3				
La dévalorisation de soi	C	Faible estime de soi	C1				
		Faible confiance en soi	C2				
		Le sentiment de rejet	C3				
Stratégies aux caractéristiques cognitives	D	Préservation du déficit d'attention sélective	D1				
		Premier dispositif permettant de remédier la lenteur de traitement dans le processus de traitement de l'information	D2				
		Deuxième dispositif permettant de remédier la lenteur de traitement dans le processus de traitement de l'information	D3				
La remédiation cognitive	E	Remédiation intégrée	E1				
		L'intersection entre la médiation cognitive	E2				
		Remédiation différée	E3				
		Intervention plus conséquente	E4				
		Reconstruction complète	E5				
<i>Remédiation par anticipation</i>	F	Forme proactive	F1				
		Forme interactive	F2				
		Forme rétroactive	F3				
		Retard scolaire	F4				
		Reconstruction complète des cours	F5				

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DE SIGLES ET ACROMES	iv
RESUME.....	v
AVERTISSEMENT	vi
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE DE L'ÉTUDE.....	6
CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	7
1.1. Contexte et justification de l'étude	7
1.1.1. Contexte de l'étude.....	7
1.1.2. Justification de l'étude.	11
1.2. Objet de l'étude.....	14
1.3. Formulation et position du problème de l'étude	15
1.3.1. Constat empirique.	15
1.3.2. Le constat théorique	18
1.3.3. Problème spécifique de l'étude	20
1.4. Questions et hypothèses de l'étude	22
1.4.1. Question principale de recherche	22
1.4.2. Les questions spécifiques de recherche.....	22
1.4.3. Hypothèse générale de l'étude	23
1.4.4. Les hypothèses spécifiques	23
1.5. Objectifs et but de l'étude	23
1.5.1. Objectif de l'étude	23
1.5.1.1. Objectif principal.....	23
1.5.1.2. Objectifs spécifiques.....	23
1.5.2. But de l'étude	24
1.6. Intérêt et pertinence de l'étude.....	24
1.7. Limites de l'étude	25
1.7.1. Limite thématique	25
1.7.2. Limite spatiale et géographique	26
1.7.3. Limite chronologique	26

1.8. Définitions des concepts clés de l'étude	26
CHAPITRE 2 LA REVUE DE LA LITTERATURE	31
2.1. Généralités sur les produits addictogènes.....	31
2.1.1. Histoire et évolution du concept d'addiction	31
2.1.2. La période des continuateurs du terme d'addiction	33
2.1.3. Période des novateurs du concept d'addiction	35
2.2. La prévalence des addictions.....	35
2.2.1. Typologie des addictions.....	38
2.2.2. Addiction : une tentative d'auto guérison	42
2.2.3. Addiction : une solution antidépressive	43
2.2.4. Addiction : une solution analgésique	44
2.2.6. Addiction : une présence sans absence.....	45
2.2.6. Addiction : un passage du transitionnel au transitoire	45
2.2.7. Addiction : un autoérotisme désésexualisé.....	46
2.3. Psychopathogénie de l'addiction	47
2.3.1. Les bouleversements pubertaires à l'adolescence	48
2.3.2. Spécificité de l'addiction à la drogue à l'adolescence	49
2.3.3. Adolescent addicté	50
2.3.4. Les déterminants de la détresse psychologiques	53
2.3.5. La détresse psychologique à l'adolescence	57
2.3.6. La détresse psychologique et consommation des substances psychoactives	58
CHAPITRE 3 : L'INSERTION THEORIQUE DE L'ETUDE.....	60
3.1- Le Modèle Trans théorique.....	60
3.1.1-L'auto-efficacité (self-efficacy)	64
3.1.2- Les processus de changement (processes of change).....	66
3.1.3- Liens hypothétiques entre les construits de la théorie.	67
3.3- Modèle biopsychosocial de Engel (1977)	74
3.3.1. Historique du modèle biopsychosocial	74
3.3.2. Prémisses du modèle biopsychosocial	77
3.3.3. Les ingrédients d'une pratique clinique intégrant le modèle biopsychosocial....	78
3.3.4. Implication pratiques	79
3.3.5. Concepts du modèle biopsychosocial	79
3.3.6. L'apport du modèle biopsychosocial de la santé.	80
3.4. L'approche humaniste de Carl Rogers	84

3.4.1. L'approche humaniste de Carl Rogers de 1950	84
3.4.2. Le postulat de l'approche humaniste.....	86
3.4.3. Le mouvement du potentiel humain.....	87
3.4.4. La Gestalt-thérapie,	90
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE, RESULTATS, ANALYSE, INTERPRETATION ET DISCUSSION.....	93
CHAPITRE 4 : LE CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.....	94
4.1. Rappel du problème de la recherche.....	94
4.1.1. Rappel de la question de recherche de notre étude	94
4.1.2. Rappels de l'hypothèse de notre l'étude.....	94
4.1.3. Définition des variables, modalités et indicateurs.....	96
4.1.3.1. Variables	97
4.1.3.2. Modalités et indicateurs.....	97
4.1.3.3. Définitions des méthodes d'approches.....	97
4.1.3.4. Justification de la méthode de recherche.....	98
4.1.3.5. Méthode d'analyse et d'interprétation des données.....	99
4.1.4. Le mode opératoire.....	99
4.2. Méthode de collecte des données.....	100
4.2.1 Type d'étude.....	101
4.2.2. Présentation du site de l'étude.....	101
4.2.2.1. Présentation de l'hôpital Jamot.....	102
4.2.2.2 Organisation de l'hôpital Jamot de Yaoundé.....	104
4.2.2.3 Services medico-sanitaires	104
4.2.2.4 Services d'aide au diagnostic et d'appui technique	105
4.3. La population de l'étude.....	107
4.3.1. La population cible.....	108
4.3.2. La population accessible	108
4.4. Échantillon et méthode d'échantillonnage.....	108
4.4.1. Échantillon	108
4.4.2. Méthode d'échantillonnage	109
4.4.3. Procédure et critères de sélection des participants de l'étude	109
4.4.3.1. Critères d'inclusion	109
4.4.3.2. Critères d'exclusion.....	110
4.5. Les instruments de collecte des données	110

4.5.1. L'entretien	110
4.5.2. La grille d'observation	111
4.5.3. Les difficultés liées au terrain.	111
CHAPITRE 5. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	113
5.1. Brève présentation des participants	113
5.2. Analyse en lien avec le thème 1 sur la tristesse	113
5.2.2.1. Sur la mélancolie.....	114
5.2.2.2. Sur la déception	115
5.2.2.3. Sur le découragement	116
5.3. Analyse en lien avec le thème 2 : L'anxiété	117
5.3.1. Sur l'état de panique.....	118
5.3.2. Sur l'inquiétude pénible	119
5.3.3. Sur l'incertitude.....	120
5.4. Analyse en lien avec le thème 3 : la dévalorisation de soi.....	122
5.4.1. Sur la faible estime de soi.....	122
5.4.2. Sur le sentiment de rejet	124
CHAPITRE 6. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	127
6.1. Rappel de la problématique et du cadre théorique.....	127
6.2. Interprétation et discussion des résultats de l'hypothèse HR1.....	128
6.3. Interprétation et discussion des résultats de l'hypothèse HR2.....	132
6.4. Interprétation et discussion des résultats de l'hypothèse HR3.....	136
6.5. Perspectives.....	140
6.6. Suggestions	141
CONCLUSION GENERALE DE LA RECHERCHE	145
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	149
ANNEXES.....	155